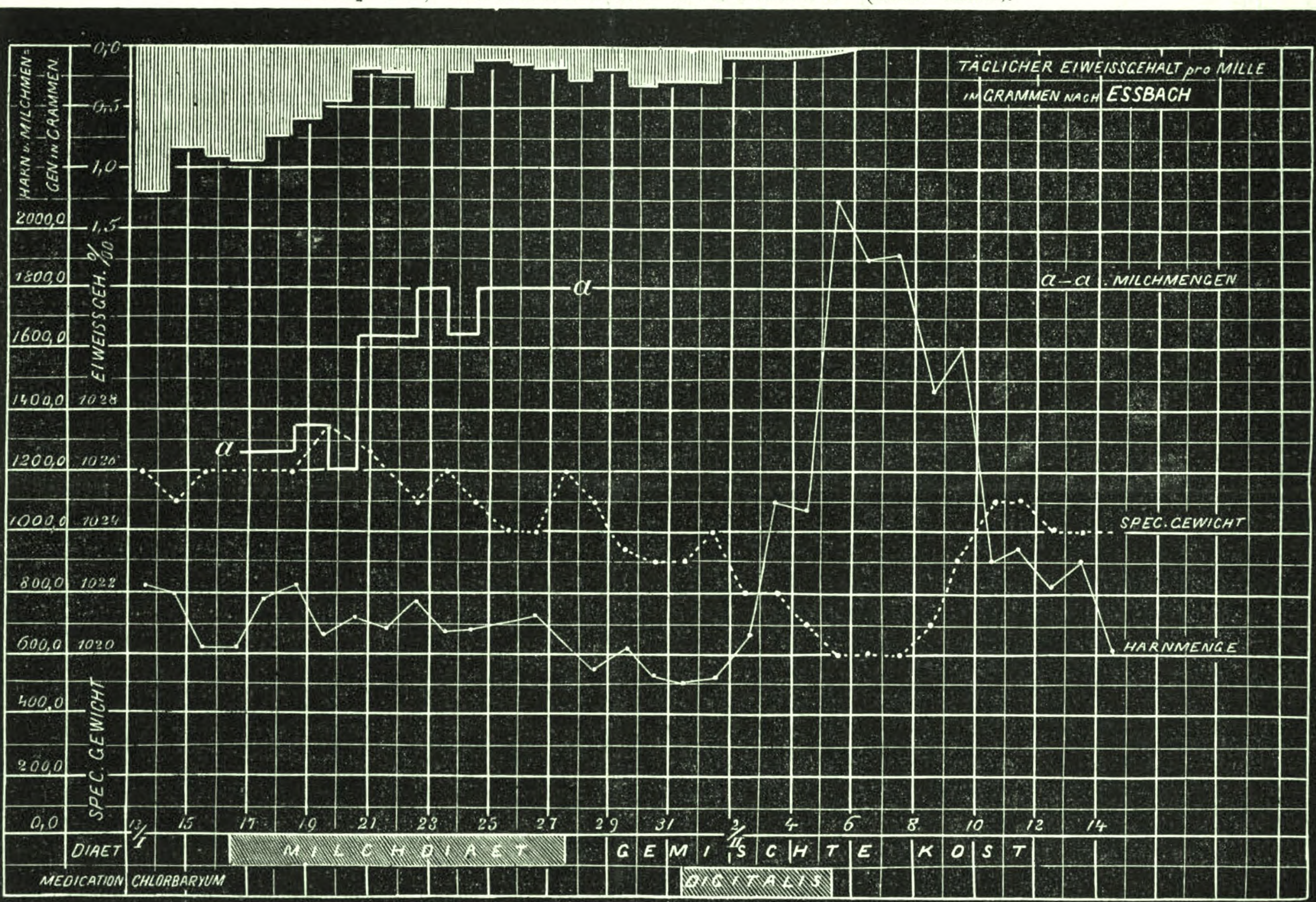
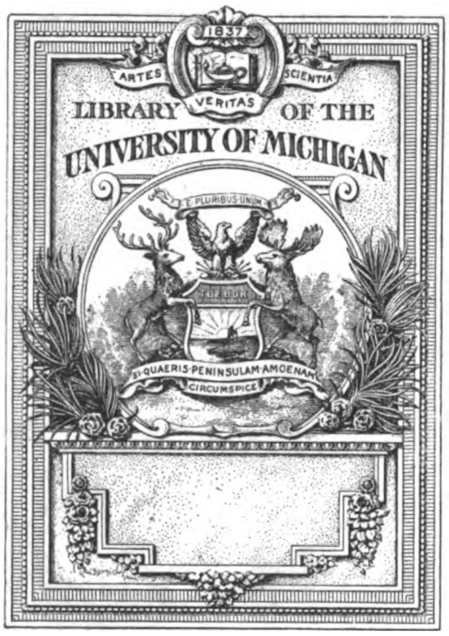
KOPPEL, CARELL'sche MILCHKUR (siehe unten).



gerkur. Nach Hirschfeldt (Berl. klin. Wochenschr. 1892, Nr. 11) kann das Herz, ohne dass sein Muskel geschwächt wird, solch eine knappe Diät ganz gut ein paar Wochen aushalten. Dadurch dass dem Körper geringere Mengen Flüssigkeit zugeführt werden, wird nach Oertel der Blutdruck in den Gefässen geringer, somit die Herzarbeit leichter; es steigt dabei ferner nach Zuntz (Berl. klin. Wochenschrift 1892, Nr. 15) der relative Haemoglobingehalt des Blutes, es kann von einem haemoglobinreicheren Blute bei der Athmung der Sauerstoff leichter aufgenommen werden, woraus wieder eine Arbeitserleichterung für das Herz resultirt. Durch strenge Bettruhe und durch leicht verdauliche Nahrung in geringeren Mengen, wie ja die Milch bei der Milchkur es ist,

Die Milchkur kann nach allem dem also nicht die Kraft des Herzmuskels und die Leistungsfähigkeit desselben steigern, wohl aber verringert sie die Grösse der dem Herzen auferlegten Arbeit, so dass dieselbe auch schon von einem verhältnissmässig schwachen Herzen geleistet werden kann. Hierauf beruht die Bedeutung und der Werth der Carell'schen Milchkur. Eine relative Insufficienz des Herzens kann durch sie zum Schwinden gebracht werden, indem sie die Widerstände des Blutdruckes vermindert, die vom Herzen überwunden werden müssen. Auch in unserm Fall wurde eine eigentliche Kräftigung der Herzthätigkeit durch die Kur nicht erreicht. Es schwanden wohl die Cyanose, das Oedem und die

St.Petersburger Medicinische Wochenschrift


1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

St. Petersburger

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio,
Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals,
Riga.

Dr. Rudolf Wanach,
St. Petersburg.

XVII. JAHRGANG

(NEUE FOLGE IX. JAHRGANG).

ST. PETERSBURG.
Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Prosp., Nr. 15.
1892.

INHALTS-VERZEICHNISS.

(Die mit * bezeichneten Zahlen beziehen sich auf Original-Arbeiten, die eingeklammerten auf die russische Literatur-Beilage).

Sach-Register.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

U.

V.

W.

Z.

Namen-Register.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 1 St. Petersburg, 4. (16.) Januar 1892

Ueber Bradycardie und die Wirkung des Atropin auf das gesunde und kranke menschliche Herz.

Von

Prof. Dr. Karl Dehio

in Dorpat.

(Ein auf der Versammlung der deutschen Naturforscher und Aerzte (Section für innere Medicin) im September 1891 zu Halle a. S. gehaltener Vortrag).

M. H. Die Verlangsamung der Schlagfolge des Herzens hat als eine pathologische Veränderung der normalen Herzthätigkeit bei den Engländern und Franzosen schon seit längerer Zeit Beachtung gefunden, während in Deutschland erst in den letzten Jahren durch die Arbeiten von Grob [1]) und F. Riegel [2]) die ärztliche Aufmerksamkeit auf dieselbe gelenkt worden ist.

Die genannten Autoren haben das Verdienst, auf Grund eines grossen klinischen Materials alle diejenigen physiologischen Zustände und pathologischen Vorgänge zusammengestellt und in Gruppen gesondert zu haben, bei welchen eine auffallende Verlangsamung der rhythmischen Herzthätigkeit beobachtet worden ist. Grob (l. c.) hat hierfür die Bezeichnung «Bradycardie» vorgeschlagen, welche rasch und allgemein acceptirt worden ist. Riegel rechnet hierher alle Fälle, bei denen das Herz weniger als 60 Schläge in der Minute ausführt, doch existiren Beobachtungen, bei denen die Herzfrequenz auf 30, 15, ja 8 Schläge in der Minute reducirt gefunden wurde.

Ueberblickt man die bunte, von den genannten Autoren gegebene Casuistik der Bradycardie, so drängt sich unwillkürlich die Ueberzeugung auf, dass die Ursachen dieser eigenthümlichen Veränderung der Herzthätigkeit nichts weniger als einheitlicher Natur sind. Ein Jeder von Ihnen hat schon die Pulsverlangsamung bei Apoplexia cerebri, Basilarmeningitis und raumbeschränkenden

[1]) Grob. Ueber Bradycardie. Deutsch. Arch. f. klin. Medic. Bd. 42. — 1888.

[2]) F. Riegel. Ueber Verlangsamung der Schlagfolge des Herzens. Zeitschr. f. klin. Medic. Bd. 17. — 1890.

Hirntumoren beobachtet und dieselbe in diesen Fällen auf die directe oder reflectorische Reizung des pulsverlangsamenden, in der Medulla oblongata gelegenen Vaguscentrums bezogen. Eine analoge Erklärung finden Sie bei schmerzhaften Affectionen der Bauch- und Unterleibsorgane selbstverständlich; anders dagegen, wenn Sie die Bradycardie bei einem Individuum beobachten, das an einem chronischen Herzfehler leidet; hier liegt die Annahme gewiss nahe, dass die Ursache derselben nicht im centralen Nervensystem, sondern im Herzen selbst gelegen ist. In den angeführten Beispielen ist die Entscheidung leicht; wenn Sie jedoch andere Fälle, z. B. die Bradycardie im Wochenbett, oder während der Reconvalescenz nach einer Pneumonie oder einer sonstigen acuten fieberhaften Krankheit ins Auge fassen, so werden Sie mir zugeben, dass Ihnen alle Anhaltspuncte mangeln, um zu entscheiden, ob es sich um einen krankhaften Zustand des Herzens selbst, oder um eine, vielleicht durch Hirnanämie bedingte Reizung des medullaren Vaguscentrums handelt, und ebenso verhält es sich mit der zuweilen beobachteten Bradycardie der Chlorotischen, sowie in vielen anderen Fällen, mit deren Aufzählung ich Sie nicht ermüden möchte. Immer drängt sich uns die Frage auf, ob die Ursache der Bradycardie ausserhalb des Herzens oder in demselben liegt, ob dieselbe extracardialen oder cardialen Ursprunges ist. Diese letztere, die cardiale Bradycardie, wie ich sie nennen möchte, wird mich hier hauptsächlich beschäftigen.

Es lässt sich nun a priori erwarten, dass die Frage, ob es sich in einem gegebenen Fall von Bradycardie um eine Reizung des herzverlangsamenden Vagussystems oder um eine Affection des mehr automatischen motorischen Apparates des Herzens selbst handelt, mit Hülfe des Atropin entschieden werden kann. Da dieses Alkaloïd die im Herzen gelegenen Endigungen der Vagusfasern lähmt, so bedarf es nur einer subcutanen Atropininjection, um über die Natur der Bradycardie ins Klare zu gelangen. In allen den Fällen, wo die Bradycardie auf einer Reizung des bulbären herzverlangsamenden Vaguscentrums oder der zugehörigen cardialen Vaguszweige beruht, und somit extracardialen Ursprunges ist, da wird dieselbe durch eine Atropininjection zum Schwinden gebracht werden müssen. Thatsächlich ist dem auch so, wie z. B. folgende Beobachtung beweist:

Fall I. Am 4. März 1891 wurde ich zu einem 26jährigen Kandidaten der Philologie gerufen, welcher eine Stunde vorher bei völligem Wohlsein von einem apoplectiformen Insult betroffen worden war. Ich fand ihn in leichter Somnolenz daliegend, jedoch noch im Stande, meine Fragen zu beantworten, und über heftige Schmerzen in der rechten Schläfe klagend. Parese der linken Gesichtshälfte und des linken Armes, fast vollständige Lähmung des linken Beines. Die Sensibilität der linken Körperhälfte herabgesetzt. Pulsfrequenz normal. In den folgenden drei Tagen steigerte sich die Benommenheit zu vollkommenem Sopor und der Puls sank auf 48 Schläge in der Minute. Herzdämpfung normal, Töne rein. Ich injicirte nun 0,0016 Atropin. sulf. subcutan, und der Erfolg davon war, dass der Puls nach dreissig Minuten von 48 auf 144 Schläge in der Minute gestiegen war. Zwei Tage später starb Patient in tiefem Koma. Die Section ergab eine frische Thrombose der rechten Arteria fossae Sylvii mit weisser Erweichung des rechten Linsenkerns und eines Theils des Thalamus optic. und der Capsula int. Das Herz anscheinend gesund.

Ich habe den Fall zum Beweise dafür angeführt, dass extracardiale Pulsverlangsamungen, die vom Gehirn ausgehen und auf Vagusreizung beruhen, beim Menschen ebenso durch Atropin gehoben werden, wie im Thierexperiment.

Es fragt sich nun, wie sich die Sache bei Bradycardien cardialen Ursprungs gestaltet. Auch hier habe ich Untersuchungen am Menschen angestellt, die ich Ihnen referiren möchte.

Fall II. Es handelt sich um einen 74 Jahre alten Herrn der sich stets einer guten Gesundheit erfreut haben will. Vor 4 Jahren stürzte er plötzlich auf einem Spaziergang ohne jegliche bekannte Ursache ohnmächtig zusammen; nach ein Paar Minuten kehrte das Bewusstsein wieder, und damals ist zum ersten Mal eine auffallende Langsamkeit des Pulses bei ihm constatirt worden, jedoch mag dieselbe schon lange Jahre vorher bestanden haben. Seit dieser Zeit hat die Pulsfrequenz constant zwischen 24 und 36 Schlägen in der Minute betragen. Solche Ohnmachtsanfälle haben sich seitdem etwa 6 bis 8 Mal jährlich in unregelmässigen Zwischenräumen wiederholt, sind jedoch nie von Kopfschmerzen oder hemiplegischen Symptomen begleitet gewesen. Während eines zweimaligen Winteraufenthaltes in Nizza hat er sich recht wohl gefühlt und die Ohnmachtsanfälle sind leichter gewesen, aber doch zuweilen wiedergekehrt. Vor einer Woche ist ihm in Dorpat eine alte Hydrocele durch Punction und nachfolgende Jodinjection operirt worden. Einen Tag bevor ich ihn sah, bückte Patient sich nach dem Nachtgeschirr und während des Urinirens im Stehen entstand plötzlich ein unbeschreibliches «himmlisches» Gefühl im Kopf, gleich darauf schwand das Bewusstsein und Patient stürzte auf der Diele zusammen, wobei er sich den Arm zerschund und das Nachtgeschirr in Trümmer ging. Nach wenigen Secunden kehrte das Bewusstsein zurück, und Patient fühlte sich wieder ganz wohl.

Am 10. Nov. 1889 habe ich den alten Herrn untersucht. Ich fand einen guten Ernährungszustand, ganz geringes, pralles Oedem der Unterschenkel; geringe Kurzathmigkeit, sonst keine Herzbeschwerden. Er empfindet nicht das Schlagen des Herzens; der Radial- und Carotispuls beiderseits gleich, rhythmisch, ziemlich voll, die Frequenz beträgt 25 Schläge in der Minute; am Herzen ist dieselbe Anzahl von Schlägen zu hören. Trotz einer geringen emphysematischen Erweiterung der Lungengrenzen reicht die kleine Herzdämpfung bis zur linken Mamillarlinie; der Spitzenstoss weder sicht- noch fühlbar. An der rechten Seite des Sternum zwischen der 1. und 3. Rippe eine deutliche, 2—3 Finger breite Dämpfung. Der erste Herzton überall recht dumpf und rauh; der zweite Ton überall deutlich und rein, über der Pulmonalarterie ein wenig verstärkt. Am innern Ende des 2. rechten Intercostalraumes, sowie an den Carotiden ein blasendes, systolisches Geräusch. Die Leber nicht nachweislich vergrössert, kein Ascites; im Urin Spuren von Eiweiss, aber keine Harncylinder zu finden. Durch eine Injection von 0,5 Milligr. Atropin sulf. wurde die Pulsfrequenz von 28 auf 33 Schläge in der Minute gesteigert. — Der Kranke reiste auf sein Landgut zurück, woselbst er sich bis vor einem Jahr, wo ich die letzten Nachrichten über ihn erhielt, bei einem Pulse von 32—36 Schlägen in der Minute recht wohl gefühlt und keine Ohnmachtsanfälle mehr gehabt hat.

Es handelt sich also vermuthlich um eine Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels, allgemeine Arteriosklerose mit Dilatation der Aorta ascend. und sklerotischer Induration der Aortenklappen. Gleichzeitig Bradycardie mit eigenthümlichen Ohnmachtsanfällen. Der Effect der Atropineinspritzung war fast Null, jedenfalls viel geringer, als er bei einem gesunden Herzen hätte sein müssen.

Fall III. betrifft einen Mann von 48 Jahren, welcher vor 25 Jahren an acutem Gelenkrheumatismus erkrankte und seitdem noch fünfmal von dieser Krankheit heimgesucht worden ist. Der letzte Anfall derselben erfolgte vor vier Jahren und fesselte ihn zwei Monate ans Bett. Seitdem ist ein Herzfehler nachgeblieben, infolge welches Patient bei stärkeren Bewegungen kurzathmig ist und leicht Herzklopfen bekommt. Zuweilen, besonders des Abends und Nachts, treten ohne bekannte Ursache Schmerzen und Druckgefühl in der Herzgegend mit gleichzeitiger Athemnoth auf, was Patienten sehr quält und ihn veranlasst, die Nächte dann wachend im Lehnstuhl zu verbringen.

Am 7. März 1891 untersuchte ich den Kranken und fand einen hagern, etwas blassen Mann, mit leichter Andeutung von Kolbenfingern, jedoch keine Cyanose, keine Oedeme; ganz geringe Albuminurie, jedoch keine pathologischen Formelemente im Urin; Patient giebt an, in den letzten Jahren nie mehr als 50 Pulsschläge in der Minute gehabt zu haben. Gefässsystem: die peripheren Arterien geschlängelt, rigide und auffallend weit; keine Pulsation in der Fossa jugularis, keine Ueberfüllung der Halsvenen; der Puls ist auffallend kräftig, von hoher Welle, äqual, tardus und auffallend langsam; das Herz macht, was ich auch mit dem Stethoskop controllirt habe, 50—52 Schläge in der Minute. Der Spitzenstoss im V. ICR. 2 Finger breit über die linke Mamillarlinie hinaus fühlbar; die Herzdämpfung dem entsprechend nach links, aber nicht nach rechts vergrössert. Ueber dem Ostium Aortae ein systolisches und ein diastolisches Geräusch, letzteres über das ganze Sternum verbreitet und gegen das Ende der Diastole immer leiser werdend. An der Herzspitze sind gleichfalls beide Geräusche hörbar; an keiner der genannten Stellen ist ein deutlicher erster oder zweiter Ton wahrzunehmen. An der Carotis ist das herzsystolische Geräusch sehr laut, das herzdia-

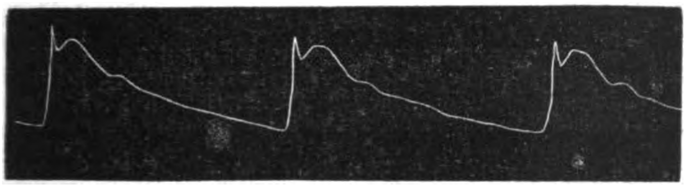
stolische nur äusserst leise. Ueber der Pulmonalarterie ist neben den fortgeleiteten Geräuschen ein reiner zweiter Ton zu bemerken. Geringe Albuminurie, Leber nicht deutlich vergrössert.

Eine Injection von 1,0 Milligr. Atropin hat auf die Pulsfrequenz gar keinen Einfluss; eine Stunde später stellt sich Trockenheit des Mundes und Durst ein. — Am 8. März liess ich Patienten das Bett hüten und machte ihm am Vormittag eine Injection von 1,8 Milligr. Atropin sulf. Der Puls betrug vor der Injection 39—40, und stieg 38 Min. nachher auf 45, um dann wieder allmählich auf 40 Schläge in der Minute zu sinken.

Ich lasse die sphygmographischen Pulscurven folgen; dieselben sind mit dem Dudgeon'schen Sphygmograph bei schwacher Federspannung aufgenommen.



Ohne Atropin. Puls 40 in der Minute.



37 Minuten nach der Injection von 1,8 Mgr. Atropin. Puls 45 Schläge in der Minute. Dass die Pulswellen auf der ersten Curve kürzer erscheinen als auf der zweiten, beruht auf dem ungleichen Gange des Apparates.

Den ganzen Tag nach der Injection hat Patient nicht gut in der Nähe sehen und lesen können und starke Trockenheit im Munde gehabt, sich aber sonst ganz wohl gefühlt. Die folgende Nacht hat Patient besser geschlafen als gewöhnlich und sich den folgenden Tag frischer gefühlt als sonst.

Es handelte sich also um eine noch ziemlich gut compensirte Insufficienz und Stenose des Aortenostium mit leichten Anfällen von cardialem Asthma, und um Bradycardie, bei der durch Atropin keine Beschleunigung des Pulses bewirkt werden konnte.

Der collegialen Gefälligkeit der Herrn DDr. Hampeln (Vorstand der internen Abtheilung des städtischen Krankenhauses in Riga) und Krannhals (Prosector desselben Krankenhauses) verdanke ich einen Bericht über den weiteren Verlauf des obigen Krankheitsfalles, dem ich folgendes entnehme: Im Mai 1890, also 10 Monate vor meiner Untersuchung, bestand Bigeminie der Herzthätigkeit, wie Dr. Hampeln constatirte. Zu Ende des März 1891 betrug die Puls- und Herzfrequenz 40 und es bestanden die Zeichen der Herzinsufficienz: leichte Oedeme, Albuminurie, Stauungsleber; oft, besonders des Nachts auftretende heftige asthmatische Anfälle, nie Schmerzen. Einige Zeit später hämorrhagisch gefärbte Sputa (vermuthlich Lungeninfarct), Rasseln auf den abhängigen Lungenpartien. Unter Anwendung von Morphium, Digitalis, Coffein. natro-benz. trat allmählich auffallende Besserung ein, so dass Patient zu Anfang Juni auf's Land zog, wo er sich bis zum August relativ wohl gefühlt hat. Am 12. August wurde ein Exsudat der rechten Pleurahöhle constatirt; am 20. Aug. trat plötzlich, während Patient im Lehnstuhl auf dem Balcon sass, der Tod ein. Die von Dr. Krannhals ausgeführte Section der Brusthöhle ergab: In der rechten Lunge ein alter, im Centrum erweichter Infarct, in der rechten Pleurahöhle ca. 2000 Ccm. eines serofibrinösen Exsudates. Dilatation und Hypertrophie des linken, Dilatation und im obern Theil Hypertrophie des rechten Ventrikels. Geringe Verdickung und Schrumpfung aller Aortenklappen, Dilatation des Ostium aorticum und der Aorta, letztere nicht sklerotisch. Umschriebene Sklerose des linken Astes der art. coronaria. Muskulatur des linken Ventrikels anscheinend verfettet. Die mikroskopische Untersuchung des Myocard ergab körnige resp. fettige Degeneration der Muskelfasern; interstitielle entzündliche Veränderungen oder bindegewebige Degeneration sind nicht gefunden worden.

Wie sich aus dem Folgenden ergeben wird, ist die Thatsache der «umschriebenen» Sklerose der Coronararterie von grossem Interesse, da sie vielleicht als eine nachträgliche Bestätigung meiner in diesem Vortrag auseinandergesetzten Vermuthungen über die Entstehung der Bradycardie gelten kann.

Fall IV. betrifft eine 40jährige Waschfrau, die ich auf der Dorpater med. Klinik beobachtet habe. Die sehr unintelligente Patientin will erst seit sechs Wochen an Kurzathmigkeit, Herzklopfen, Ohrensausen leiden und weiss keine sonstigen anamnestischen Angaben zu machen. Die objective Untersuchung ergab die bekannten Veränderungen einer typischen, noch compensirten Mitralinsufficienz mit deutlicher Verstärkung des zweiten Pulmonaltones, Vergrösserung der Herzdämpfung nach rechts, systolischem Geräusch an der Herzspitze; keine besondere Cyanose, keine Leberschwellung, keine Oedeme. Der Puls betrug stets 42 bis 50 Schläge in der Minute und war von ziemlich geringer Wellenhöhe, aber gleich und rhythmisch. Nur an zwei Abenden stieg er bei geringem Fieber auf 56 Schläge in der Minute.

Am 27. November injicirte ich der Kranken 1,6 Milligr. Atropin. sulf.; der Puls betrug vorher 44 und wurde durch die Einspritzung auf 47 Schläge in der Minute gesteigert, ohne in seiner Qualität verändert zu werden. Einige Tage darauf injicirte ich der Patientin 2,0 Mgr. Atropin bei einer ursprünglichen Pulsfrequenz von 36; zwanzig Minuten danach war der Puls auf 56 gestiegen um dann wieder allmählig auf seine ursprüngliche Frequenz zurück zu gehen. Doch ist dabei zu bemerken, dass die Patientin wegen Trockenheit im Munde aufgestanden war, um sich Trinkwasser zu holen; diese Körperbewegung mag nicht ohne Einfluss auf die Pulszahl geblieben sein, immerhin blieb dieselbe trotz der starken Dosis Atropin weit hinter der Norm zurück.

In den drei angeführten Beobachtungen blieb also die Schlagfolge des Herzens verlangsamt, auch nachdem die Vaguswirkung auf das Herz völlig ausgeschlossen war: die Ursache der Bradycardie muss hier also im Herzen selbst gesucht werden. Diese Fälle scheinen mir den Beweis zu liefern, dass wir im Atropin ein zuverlässiges Mittel besitzen, um zu entscheiden, ob es sich um eine cardiale oder extracardiale Bradycardie handelt. Ja wir können noch einen Schritt weiter gehen und feststellen, dass die Verlangsamung des Herzschlages in den angeführten Fällen nicht auf einer Reizung oder Erregung der cardialen Vagusendigungen beruht haben kann, da ja gerade diese durch das Atropin gelähmt werden.

Sehen wir nun zu, ob wir dem Wesen der cardialen Bradycardie mit Hülfe unserer Beobachtungen noch näher kommen können.

Zunächst möchte ich betonen, wie das auch schon Huchard [3]) gethan hat, dass die cardiale Bradycardie oft ein sehr charakteristisches und klinisch gut umgrenztes Krankheitsbild darbietet, wobei es gleichgültig ist, ob dieselbe ein scheinbar gesundes Herz betrifft oder im Gefolge irgend einer andern chronischen, klinisch diagnosticirbaren Herzkrankheit auftritt. Wir finden nämlich in einer grossen Zahl der Fälle, dass es sich nicht nur um eine mehr oder weniger hochgradige Verlangsamung der Schlagfolge des Herzens handelt, sondern dass noch andere, und manchmal sehr gewichtige Beschwerden gleichzeitig vorhanden sind; die Kranken leiden nämlich überaus häufig zugleich an mehr oder weniger schweren Ohnmachtsanfällen, welche meistens in der Literatur als apoplektiforme Anfälle beschrieben worden sind; sie verlieren plötzlich das Bewusstsein, brechen zusammen, stürzen hin und kommen dann wieder ebenso rasch zu sich, ohne sich an das Vorgefallene zu erinnern; in den seltenen Fällen, wo der ärztliche Beobachter in der günstigen Lage war, solch' einen Anfall direct zu beobachten, ist constatirt worden, dass während desselben das Herz still stand oder doch wenigstens keine sicht- oder hörbaren Contractionen mehr ausführte. So beschreibt Flint [4]) einen Fall von Bradycardie, wo das Herz während der Ohnmachtsanfälle ein Mal während 16 Secunden und ein anderes Mal während 18 Se-

[3]) H. Huchard. Maladies du coeur et des vaisseaux. Paris. 1891, pag. 255 ff.

[4]) Citirt nach Grob l. c. p. 582.

cunden gänzlich zu schlagen aufhörte, in der Zwischenzeit zählte der Puls 24 Schläge in der Minute. Die Erklärung dieser Anfälle bietet keine Schwierigkeit. Es ist klar, dass die plötzliche Pause der Herzthätigkeit eine Unterbrechung der Blutcirculation im Gehirn zur Folge haben muss, und dass diese letztere zur plötzlichen Aufhebung der Hirnfunctionen führt. Eine so grosse Aehnlichkeit solche Anfälle mit den apoplektischen Insulten bei Hirnhämorrhagie auch haben, so unterscheiden sie sich von letzteren doch klinisch dadurch, dass sie niemals von Hemiplegien oder sonstigen cerebralen Herdsymptomen begleitet sind.

Es liegt auf der Hand, dass unter Umständen ein solcher Anfall direct in den Tod hinüberleiten kann. Es sind das Fälle von Synkope, welche wir auch heutigen Tages noch als «Herzschlag» bezeichnen können. Andererseits giebt es aber auch leichtere Anfälle, wo es nicht zum völligen Bewusstseinsverlust kommt, sondern die Kranken nur über Schwindel oder Ohnmachtsanwandlungen klagen, während derer der Puls plötzlich ganz langsam und klein wird, aber nicht vollkommen verschwindet; in seltenen Fällen sind auch epileptiforme Convulsionen während der Bewusstseinspause beobachtet worden. Die typischen Ohnmachtsanfälle sind weder von Athemnoth, noch von irgend welchen Schmerzen begleitet und dürfen daher nicht mit der cardialen Dyspnoe oder mit der Angina pectoris verwechselt werden. Aber freilich sind die Fälle nicht so selten, wo im Verlauf der cardialen Bradycardie auch die beiden letztgenannten Zustände auftreten, wie andererseits die Verlangsamung der Schlagfolge des Herzens auch lange Zeit bestehen kann, ohne dass stärkere Herzbeschwerden oder beunruhigende Zufälle sie begleiten.

Aus den erörterten Erscheinungen setzt sich der charakteristische Symptomencomplex zusammen, für welchen auch meine Krankengeschichten gute Illustrationen bieten. Das Krankheitsbild ist gewiss prägnant genug, um den Gedanken nahe zu legen, dass demselben eine einheitliche ihm eigenthümliche Ursache zu Grunde liege, deren Natur uns freilich bis jetzt unbekannt ist.

Fragen wir zunächst, bei welchen pathologisch-anatomischen Veränderungen des Herzens die als cardiale Bradycardie bezeichnete Functionsstörung des Herzens bisher beobachtet worden ist, so finden wir als häufigsten Befund das Fettherz und die Fettdegeneration des Herzmuskels angegeben; nächstdem die Sklerose der Coronararterien des Herzens und deren Folgezustände: wie fibröse Myocarditis und thrombotische Myomalacie; und endlich unter den Klappenfehlern die Aortenstenose und sehr selten die Mitralstenose. Diese Veränderungen verlaufen jedoch sämmtlich viel häufiger ohne als mit einer Verlangsamung der Schlagfolge des Herzens. Wo eine solche vorhanden ist, da bildet sie eine Complication, die als etwas Neues und Ungewöhnliches zu den genannten Krankheiten hinzutritt, und wir haben somit kein Recht, diese letzteren als die directe Ursache der Bradycardie anzusehen. Wenn wir also nicht eine rein functionelle Störung annehmen wollen, womit Nichts erklärt ist, so bleibt nur übrig, auf eine Erkrankung derjenigen Herzpartien zu recurriren, von wo aus die Herzthätigkeit regulirt und in einem gewissen gleichmässigen Tempo erhalten wird. Sicherlich wird es also darauf ankommen, wie diese Centralstelle functionirt; ich kann mir denken, dass, wenn dieselbe in ihrer Energie nachlässt, das Herz die Fähigkeit verliert rasch zu schlagen.

Wenn es sich hierbei thatsächlich um eine Verringerung der Energie oder Reizbarkeit des automatischen Centrums oder der automatischen Centra für die coordinirte Herzbewegung handelt, so besitzen wir im Atropin ein Mittel, um die Erregung, resp. Erregbarkeit dieses Centrums zu prüfen. Wenn ich durch das Atropin alle von aussen auf das Herz einwirkenden herzhemmenden Einflüsse ausschalte, so wird die dadurch erzielte Beschleunigung der Schlagfolge des Herzens mir einen directen Maassstab für die Energie der automatischen, motorischen Herzcentra abgeben [5]). Von dieser Ueberlegung ausgehend, habe ich nun versucht mit Hülfe von Atropininjectionen die Bedingungen festzustellen, unter denen das automatisch und rhythmisch arbeitende Herz die Fähigkeit einbüsst, je nach Umständen in beschleunigtem Rhythmus zu pulsiren.

Die Resultate dieser Untersuchung hat Dr. E. Müller [6]) in seiner Dissertationsschrift veröffentlicht. Aus derselben geht hervor, dass die allgemeine Anschauung, nach welcher das Atropin beim gesunden Menschen eine Beschleunigung der Schlagfolge des Herzens bewirkt, nur eine eingeschränkte Gültigkeit besitzt. Herr Müller hat 61 gesunden Personen aller Altersstufen bei ruhiger Bettlage derselben 1 bis 2 Milligr. Atropin sulf. subcutan injicirt und den Effect dieser Einspritzungen auf die Pulsfrequenz durch Zählung des Pulses festgestellt. In 20 bis 30 Minuten war in der Regel die höchste Pulszahl erreicht; danach sank sie im Laufe mehrerer Stunden wieder zur Norm herab. Während nun das Atropin bei jugendlichen Personen eine sehr bedeutende Vermehrung der Pulsschläge (um 30 bis 50 Schläge pro Minute) bewirkte, war dieser Effect bei älteren Individuen, namentlich jenseit der fünfziger Jahre ein unverhältnissmässig geringerer, ja manchmal fast garnicht zu bemerken. Da zu diesen Versuchen ausschliesslich gesunde Individuen benutzt wurden, so lassen sie nur den Schluss zu, dass die Fähigkeit des Herzens, bei Ausschluss der Vaguswirkung frequentere Contractionen zu vollführen, im höhern Alter beeinträchtigt ist; es muss sich hierbei um Veränderungen des Herzens handeln, die noch nicht als pathologische bezeichnet werden können, sondern in die Breite der mehr physiologischen, senilen Veränderungen hineingehören.

In derselben Weise habe ich ferner gemeinsam mit Herrn Dr. Müller die Wirkung des Atropin bei verschiedenen chronischen Herzkrankheiten, die nicht mit Bradycardie verbunden waren, geprüft und bin dabei gleichfalls zu nicht uninteressanten Resultaten gekommen. Unter 12 Fällen von Aortenklappenfehlern wirkte das Atropin 3 Mal nur in sehr geringem Maasse pulsbeschleunigend und 4 Mal versagte seine Wirkung ganz, und das auch bei jungen Individuen von 17 und 35 Jahren; bei den Mitralklappenfehlern, von denen ich 17 untersucht habe, blieb die Wirkung des Atropin dagegen nur ein Mal aus. Bei den sonstigen Herzfehlern (Herzhypertrophien aus verschiedenen Ursachen u. s. w.) deren ich übrigens nur 9 untersuchte, liess sich eine abnorm schwache Wirkung des Atropin 2 Mal constatiren.

Wir sehen also, dass das Herz zwar im jugendfrischen Zustand die Fähigkeit und die Tendenz besitzt frequente Contractionen auszuführen, im höhern Alter aber immer mehr die hierzu nöthige Energie einbüsst. Dasselbe ist auch bei vielen Herzfehlern der Fall. Man könnte also sagen, dass die Herzfehler häufig ein rasches, vorzeitiges Alter des Herzens bewirken, und es ist wohl kein Zufall, dass diejenigen Herzfehler am ehesten und häufigsten zu einer solchen Ermattung des Herzens führen, welche die stärkste Hypertrophie, namentlich des linken Ventrikels bewirken und somit die grössten Ansprüche an die

5) Ich nehme an, dass dies den Herzschlag beschleunigende bulbäre Centrum sich beim Menschen für gewöhnlich nicht in tonischer Erregung befindet.

6) E. Müller. Ueber die Wirkung des Atropin auf das gesunde und kranke menschliche Herz. Dorpater Inaugural-Dissertation. 1891.

Thätigkeit der motorischen Centra der Herzbewegung stellen. Wir sehen endlich, dass die Unfähigkeit des Herzens frequente Pulsationen zu vollführen im allerhöchsten Grade bei der cardialen Bradycardie angetroffen wird; hier ist das Herz nicht nur nicht im Stande rascher als in der Norm zu schlagen, sondern es vermag nicht einmal mehr die normale Pulszahl zu produciren, auch wenn die Vaguswirkung ausgeschlossen ist. Wir haben also offenbar in der cardialen Bradycardie die höchste Steigerung derjenigen Veränderungen vor uns, die wir in geringern Graden am senilen Herzen und bei vielen Herzfehlern antreffen.

Was die Entstehung der Bradycardie betrifft, so geben meine Beobachtungen der Hypothese freilich noch einen weiten Spielraum, allein sie gestatten wenigstens, diese Störung zu andern analogen Veränderungen der Thätigkeit des alternden und kranken Herzens in Beziehung zu setzen und für alle eine gemeinsame Ursache zu vermuthen. Da wir bis jetzt, unbeschadet der interessanten Untersuchungen der jungen Leipziger Schule, noch das Recht haben, automatisch arbeitende Centra im Herzen anzunehmen, welche den Rhythmus und die Coordination der Herzschläge regieren, so müssen wir wohl Ernährungsstörungen dieser Centra, also locale Veränderungen als die letzte Ursache der erwähnten Anomalien, und besonders der cardialen Bradycardie vermuthen.

Zuweilen, wie z. B. bei der vorübergehenden Bradycardie nach acuten Infectionskrankheiten, mag es sich um leichtere Erschöpfungszustände dieser Centra, um eine «functionelle Schwäche» derselben, handeln, in der Mehrzahl der Fälle aber dürften die localen Ernährungsstörungen in der Herzwand wohl auf localer Sklerose derjenigen Aeste der Coronararterien beruhen, welche die wichtigen Centralstellen des Herzens ernähren, auf deren ungestörter Function die normale Herzaction beruht. Dass eine solche locale, circumscripte Sklerose häufig nur eine Theilerscheinung der allgemeinen Sklerose der Coronararterien ist und sich daher häufig mit den Symptomen und Folgezuständen einer solchen verbindet, ist übrigens leicht verständlich.

Referate.

P. Ehrlich: Aus dem Institut für Infectionskrankheiten: Experimentelle Untersuchungen über Immunität. II. Ueber Abrin. (Deutsche med. Wochschr. Nr. 44).

Nachdem Wecker 1882 den Jequirity-Infus in die Therapie der Augenheilkunde eingeführt hatte, erhob sich ein lebhafter Streit, über die Ursachen der hierdurch bewirkten Ophthalmie. Man gelangte schliesslich zur Ueberzeugung, dass das Agens ein Eiweisskörper sei — das Abrin. Durch eingehende experimentelle Untersuchungen wurde dann von Kobert und seinem Schüler Hellin festgestellt, dass das Abrin ein dem Ricin ähnlicher Körper ist. P. Ehrlich fand, dass beide Körper doch wesentliche Unterschiede in ihrer physiologischen Wirkung erkennen lassen. Er constatirte, dass das Abrin eine geringere Giftigkeit besitzt, dass die Darmblutungen bei weissen Mäusen nach Abrinapplication nicht eintreten, ferner dass in der Peripherie des Injectionsgebietes sich stets ein Haarausfall bemerkbar macht, der aber kein bleibender ist. Was die Wirkung des Abrin auf das Auge anlangt, so übertrifft es in dieser Beziehung das Ricin. Lösungen von 1:800 bedingen schon eine ganz ausgesprochene Conjunctivitis. Doppelt so starke Lösungen bedingen meist schwere Entzündungen mit Hornhauttrübungen. Bei Verwendung noch stärkerer Lösungen (1:100, 1:50), die in der Regel den Verlust des Auges bedingen, sind die primären Entzündungserscheinungen bei beiden Stoffen wesentlich die gleichen. Nur fand Lazarus, dass nach Anwendung des Abrin eine Enthaarung in der Lidgegend beginnt, die sich dann weiter auf die Gesichts- und Kopfhaut ausbreitet. Dieses System tritt auch bei subcutaner Anwendung der Substanz auf und ist als eine dem Abrin eigenthümliche specifische Wirkung auf den Haarboden aufzufassen. Ehrlich hat dann nach den bekannten Fütterungsmethoden Thiere gegen Abrin immunisirt. Abrinfeste Thiere fand er von ausserordentlicher Widerstandsfähigkeit gegenüber den allgemeinen und localen Wirkungen des Giftes. Am Auge gelingt es, nach Ehrlich, leicht absolute Immunität zu erzielen, indem man — schon nach einigen Wochen der systematischen Fütterung — ohne den geringsten Nachtheil einen dicken Abrinbrei in den Conjunctivalsack einstreichen kann; auch die specifische Wirkung des Abrin auf den Haarboden fällt bei höher immunisirten Thieren vollständig fort. Diese Erscheinungen beruhen, wie Ehrlich meint, darauf, dass im Blute ein Körper — das Antiabrin — vorhanden ist, welcher die Wirkungen des Abrin vollkommen paralysirt — wahrscheinlich durch Zerstörung dieses Körpers. Irgend ein Vicariiren der Ricin- und Abrin-Immunität konnte Ehrlich nicht constatiren. Ricinfeste Thiere sind gegen Abrin ebenso empfindlich, wie völlig normale; ebenso abrinfeste gegen Ricin. Ein Kaninchen, welches durch tägliche Ricininstillationen in's Auge soweit gebracht war, dass es anstandslos beliebige Mengen festen Ricins in die Bindehaut gepulvert ertrug, erkrankte sofort mit heftiger Entzündung, als ihm eine Abrinlösung von der Stärke 1:10,000 in's Auge geträufelt wurde; das beweist, dass Antiabrin zum Antiricin in keiner Beziehung steht. Was den praktischen Werth der Ehrlich'schen Untersuchungen anlangt, so ergiebt es sich, dass wenn man mit dünnen Lösungen von Abrin resp. Ricin vorgeht und dieselben langsam und vorsichtig steigert, man jede ernste Gefahr für das Auge vermeiden kann, ohne den Heileffect zu beeinträchtigen. Bei seinen Kaninchen konnte Ehrlich pannöse Trübungen relativ schnell sich aufhellen sehen, Ulcera verschwanden auch in kurzer Zeit. Verf. ertheilt den Rath beim Menschen mit ganz schwachen Lösungen 1:500,000 zu beginnen und die Steigerungen ganz allmälig vorzunehmen. Sobald im Laufe der Behandlung Reizerscheinungen auftreten, müsse man zu dünneren Lösungen zurückgehen. Abelmann.

H. Leloir: Ueber die nach Impfung mit eitererregenden Mitteln entstehenden Hautkrankheiten. (Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XIII, Nr. 1. 1891).

Leloir führt einige Fälle vor, die von grossem prakt. Interesse sind. Er weist darauf hin, dass gewisse Krankheiten, die bisher für verschiedenen Ursprungs gehalten wurden, nur zurückzuführen sind auf eitererregende Mikroorganismen. Dazu gehören die Impetigoformen. Impetigo contagiosa ist insofern als Process sui generis nicht vorhanden, als alle Impetigoformen contagiöser Natur sind, ebenso wie die gewöhnliche Ekthyma. Ferner gehören dazu die zu gewöhnlichen Ekzemen hinzutretenden Formen von Impetigo, Ekthyma und Furunculose mit phlegmonöser Adenitis und gleichfalls das Panaritium, wie die zu Scabies hinzutretenden eitrigen Exantheme. Er erinnert daran, wie die verschiedenen Dermatosen durch hinzutretende Infection mit Eitererregern verändert werden können, wie Ekzeme, Favus, Sykosis, Lupus, Gumma, die übrigen Syphilide mit Impetigo, Ekthyma, Furunkel, Karbunkel, Phlegmone etc. complicirt werden können.

Als Mikroorganismen fand L. im Furunkel und Karbunkel Staphylococcus pyogenes aureus, ebenso in vielen Fällen von Ekthyma; bei Impetigo liess sich immer nur Staphylococcus pyogen. aur., bei Panaritium immer nur Staphylococcus pyogenes alb. züchten.

Daraus ergeben sich principielle Schlüsse auf die Therapie. Der Herd selbst muss durch antiseptische Waschungen sterilisirt werden, ebenso die Kleidung und Bettwäsche; die Eiterherde müssen verbunden und die gesunde Umgebung geschützt werden, damit es nicht zu Autointoxicationen kommt. Als antibakterielle Mittel empfehlen sich Borsäure, Salol, Salicylsäure etc. E. Kroug (Hungerburg-Narva).

W. Erb. Dystrophia muscularis progressiva. Klinische und pathologisch-anatomische Studie. (Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde I. Bd.).

Diese grössere Arbeit des berühmten Forschers eröffnet in würdiger Weise den ersten Band der «Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde». Zunächst polemisirt E. erfolgreich gegen Landouzy und Déjerine, welche das Verdienst, die myopathische Form der Muskelatrophie von der spinalen getrennt zu haben, für sich beanspruchen. Hierauf präcisirt Verf. die juvenile Form der Muskelatrophie als eine meist in jugendlichem Alter beginnende Atrophie der oberen Körperhälfte (Pectoralis, Cucullaris, Latissimus, Rhomboideus etc.), wobei die Vorderarme und Handmuskeln frei bleiben; im späteren Verlauf der Erkrankung werden auch die Muskeln der unteren Körperhälfte in Mitleidenschaft gezogen. Die Atrophie befällt häufig nur einen Theil des Muskels und kommt ausser der Atrophie auch wahre und falsche Hypertrophie zur Beobachtung. Aus dieser Atrophie resultiren abnorme Stellung der Schulterblätter, Lendenlordose, watschelnder Gang etc. Fibrilläre Zuckungen fehlen fast immer, die Muskelerregbarkeit ist herabgesetzt, ohne dass Entartungsreaction vorhanden wäre. Die Reflexe verschwinden im Verlauf der Erkrankung; es fehlen Störungen der Sensibilität, der Blase und des Mastdarmes, der Hirnnerven und sonstige nervöse Symptome.

An der Hand zahlreicher, theils eigener, theils fremder Beobachtungen erbringt Verf. den Beweis, dass zwischen

der juvenilen, pseudohypertrophischen, infantilen und hereditären Muskelatrophie eine weitgehende Uebereinstimmung der klinischen Merkmale besteht und dass sich eine scharfe Grenze zwischen diesen 4 Formen nicht ziehen lässt, weil sich eine Menge von Uebergangs- und unbestimmteren Formen findet und sogar Beobachtungen vorliegen, dass in einer und derselben Familie zugleich mehrere Formen vertreten sind. Aus Obigem ergiebt sich die Nothwendigkeit, diese 4 Formen als eine klinische Einheit zusammenzufassen unter dem Namen «Dystrophia muscularis progressiva».

Auch in pathol. anat. Beziehung herrscht bei den verschiedenen Formen dieselbe Uebereinstimmung der Befunde; überall Hypertrophie und Atrophie der Muskelfasern, Abrundung derselben, Kernvermehrung und Lipomatose, während das Nervensystem im Allgemeinen intact bleibt. Ob die Muskelpräparate der Leiche entstammten oder an Lebenden excidirt waren, ergab keine Unterschiede.

E. spricht sich für die Möglichkeit aus, dass wir es bei der Dystrophie mit einer Trophoneurose zu thun haben, und wirft die Frage auf, ob nicht bei der bestehenden Aehnlichkeit zwischen der Dystrophie und der Amyotrophia spinalis vielleicht auch eine Verwandtschaft zwischen beiden Erkrankungsformen besteht.

Zum Schluss hält E. aus praktischen wie aus theoretischen Gründen ein Beibehalten von Unterarten für gerechtfertigt und proponirt folgendes Eintheilungsschema:

I. Dystrophia musc. progr. infantum:
  1. Hypertrophische Form:
    a) mit Pseudohypertrophie.
    b) mit wahrer Hypertrophie.
  2. Atrophische Form:
    a) mit primärer Gesichtsbetheiligung (infantile Form Duchenne's).
    b) ohne Gesichtsbetheiligung (einfach atrophische Form).

II. Dystrophia musc. progr. juvenum et adultorum (juvenile Form).

Kusick.

Tizzoni: Beitrag zum Studium der Ausscheidungswege des Staphylococcus pyogenes aureus. (Monatshefte für prakt. Dermatologie. Bd. XIII, Nr. 4, 1891).

Patient litt vom April bis August 1890 an Furunculose des linken Arms. Im September Trauma am linken Knie. Zwei Tage später hohes Fieber. Es zeigten sich Symptome localer Irritation, die sich auf das ganze Gelenk und auf einige andere Gelenke ausdehnten.

7 Tage nach dem Trauma wurden Culturen mit der aus dem kranken Knie aspirirten Flüssigkeit angelegt, dieselben stellten sich als Reinculturen von Staphylococcus pyogenes aureus heraus. Tags darauf wurde eine Arthrotomie vorgenommen; das Fieber liess jedoch nicht nach und es stellten sich profuse Schweisse ein; wieder nach 4 Tagen trat auf einmal eine miliariaähnliche Bläschen-Eruption auf der Haut auf, während die Allgemeinerscheinungen sich äusserst verschlimmerten. Es wurden Culturen mit dem Inhalt der Bläschen angelegt und es entwickelten sich Reinculturen von Staphylococcus pyogenes aur. Auch aus dem Urin wurden Culturen gezüchtet, die nur aus Reinculturen des betreffenden Coccus bestanden. 23 Tage post trauma starb der Patient. Verf. schliesst daraus, dass bei der durch Staphylococcus pyogen. aur. erzeugte Septicämie derselbe sowohl auf dem Wege der Niere als der Haut ausgeschieden werden kann.

E. Kroug (Hungerburg-Narwa).

P. G. Unna: Ueber Autotuberculinisation beim Lupus. (Monatshefte für prakt. Dermatologie. Bd. XIII, Nr. 2. 1891).

Verfasser recapitulirt zuerst das über die Wirkung des Tuberculins auf lupöses Gewebe Bekannte, erinnert an die Einwirkung desselben nur auf die jüngeren, noch progressiven Charakter tragenden zelligen Elemente des Lupus, auf die Plasmazellen und das dem Lupus eigene fibröse Gewebe, also das lupöse Plasmom und Fibrom. Dieses fibröse Gewebe ist nicht zu verwechseln mit anderen Fibromen, wie es bei dem gewöhnlichen Keloid, beim Keloid und elephantiastischen Verdickungen auf syphilitischer Basis incl. der Initialsklerose, der circumscripten Sclerodermie und Akromegalie auftritt, endlich nicht mit der definitiven Lupusnarbe; es ist ebenso specifisch, wie z. B. bei der Lepra, welche ja auch auf Tuberculin reagirt; dieses überlebende Gewebe ist der Effect des durch die Bacillen, oder unter ihrem Einfluss gebildeten Stoffes, des Tuberculins. Es ist anzunehmen, dass entweder im lebenden oder im absterbenden Bacillus die wesentlichen Bestandtheile des Tuberculins enthalten sind, somit auch ferner hin, dass jeder Lupuskranke ein gewisses Quantum desselben bei sich im Krankheitsherde herum trägt. Es mussten also, wenn man im Stande war, diese Stoffe in die Circulation gelangen zu lassen, am Lupus dieselben Erscheinungen auftreten, wie bei der Injection mit Koch'scher Lymphe. Als resorptionsbeförderndes Mittel wählte Unna, da chemische Stoffe, wegen der unbekannten chemischen Zusammensetzung des Tuberculins, nicht anwendbar waren, die Massage und sah in der That seine Voraussetzungen bestätigt. Unter dem Einfluss der Massage irgend eines beliebigen Lupusherdes sah er nicht nur die bekannten Veränderungen des lupösen Gewebes an den massirten Stellen, sondern auch, wenn auch in geringerem Maasse, an weit entfernten Herden auftreten. Der geringste Effect, die von ihm sogenannte «negative Reaction» bestand im Einsinken entfernter Lupusstellen; bei stärkerer und ausgedehnter Massage kam es zur «geringsten positiven Reaction», Randröthe, ohne locale sonstige Veränderung. In der massirten Substanz selbst, waren die Veränderungen natürlich am intensivsten; die betreffenden Partien waren hochroth und oedematös, nach 24 Stunden aber abgeflachter, als vorher. Dieser Process war also nicht mit einem künstlichen Erythem, wie z. B. dem durch Jodpinselungen herbeigeführten zu verwechseln, es war specifischer Reiz des Tuberculins. Es fehlten jedoch allgemeine Reactionserscheinungen vollständig, nach Verf. Ansicht, weil die in die Circulation gelangten Tuberculinmengen zu gering waren, wie ja der Lupus auch bekanntlich nur wenig Bacillen aufweist, dieselben zu dem weit ab von den Gefässen, von einem trockenen Zellwall umgeben, liegen, aus dem sie sogar die Koch'schen Injectionen nicht herauszulocken vermögen; daher ist die Massage auch ungefährlich.

Um das zarte Gewebe, ohne die Oberhaut zu exulceriren, massiren zu können, bedeckte Unna die zu massirenden Herde mit Zink-Pflastermull. Er empfiehlt die Methode nicht als radicales Heilmittel, aber als rasch wirkendes, ungefährliches Unterstützungsmittel, dem sich natürlich Aetzung und Mikrokauter in bekannter Weise anschliessen.

Schliesslich führt U. die von Squire und Vidal mit so günstigem Erfolge geübten Discissionen des Lupus auf dieselbe Ursache zurück: Durch Einleitung der rapiden Resorption tritt Autotuberculinisation ein.

E. Kroug (Hungerburg-Narwa).

Heese: Ueber die Beziehungen des Sympathicus zum Auge. (Naturf. Versammlung in Halle 1891. Centralbl. f. Nerv. und Psych. October).

Nach bisher geltender Annahme soll der Augapfel hervortreten, wenn der Sympathicus gereizt, dagegen zurücksinken, wenn dieser durchschnitten wird. Verfasser hat diese Vorgänge einer experimentellen Prüfung unterzogen und stellt die Behauptung auf, dass solches sich in der That am Auge des Hundes und der Katze abspiele, dass man aber bei dem Kaninchen gerade entgegengesetzte Verhältnisse antreffe. Dies gelte aber nur für das lebende Kaninchen; denn auch am eben getödteten Kaninchen trete das Auge auf Reizung des Sympathicus hervor, genau wie es bei Hund und Katze sowohl intra vitam, als unmittelbar nach erfolgtem Tode stattfindet. Eine Erklärung für diese Vorgänge findet Verf. in folgendem Umstande:

Die in Folge der Sympathicus-Reizung eintretende Contraction der Orbitalgefässe und die dadurch hervorgerufene Anämie in der Augenhöhle führen zu einem Einsinken des Augapfels; dagegen muss nach der Durchschneidung des Nerven die in Folge der Gefässlähmung entstehende Blutfülle den Bulbus hervordrängen. Wohl wirkt der glatte Orbitalmuskel Müller's dieser Bewegung entgegen, doch ist er zu schwach, als dass er dieselbe neutralisiren, geschweige denn ein Hervortreten des Auges verursachen kann. Erst dann ist er im Stande diese Wirkung hervorzurufen, wenn sein überlegener Gegner ausser Function getreten ist, wie am eben getödteten Thiere. Es ist demnach der Schluss zu ziehen, dass die Lagerungsverhältnisse des Augapfels, welche unter dem Einfluss des Sympathicus vor sich gehen, von zwei Factoren beeinflusst werden, dem M. orbitalis und den Gefässen der Augenhöhle, — Factoren, die jedoch das Bestreben haben, bei Reizung oder Durchschneidung des Nerven einander entgegenzuwirken. In Folge der wechselnden Grösse beider Kräfte bei den verschiedenen Thierarten geschieht es, dass die Wirkung der Sympathicus-Reizung in Bezug auf die Bulbusbewegung so verschiedenartig ausfällt, je nachdem die eine oder die andere Kraft das Uebergewicht besitzt.

Kallmeyer.

Eugen Arendt: Ueber die Anwendung der Elektricität in der Gynaekologie. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 50).

Nachdem die Anwendung der Elektrotherapie in der Gynaekologie zuerst in England, Amerika und Frankreich Verbreitung gefunden hatte, begannen auch deutsche Frauenärzte den elektrischen Strom therapeutisch zu verwerthen. Nach Apostoli's Vorgang wird jetzt der galvanische Strom häufig bei Uterusmyomen angewandt: er soll uns die Möglichkeit geben, die Zahl der chirurgischen Eingriffe zu veringern. Arendt hat 11 Fälle von Uterusmyom behandelt. Von diesen wurden

8 Patientinen wegen abundanter Blutungen mit der activen (intrauterin applicirten) Anode behandelt. Sieben derselben wurden symptomatisch geheilt, indem die Menses wieder in regelmässigen Intervallen auftraten. Unter ihnen war eine Patientin vorher wegen der Blutungen ohne wesentlichen Erfolg castrirt worden. Die achte Pat. verlor während der Behandlung wegen Eintrittes des Climacteriums ihre Menstruation. In allen acht Fällen trat mehr oder minder ausgesprochene Verringerung des Tumorumfanges ein.

Drei Patientinen wurden wegen starker Schmerzen behandelt. Die eine von ihnen verlor nach 12 maliger Anwendung des activen negativen Pols ihre Schmerzen und blieb aus der Behandlung fort. Bei der zweiten musste wegen Unzugänglichkeit des Cavum uteri die Galvanopunctur angewandt werden, wobei alle Cautelen der Antisepsis beobachtet wurden. Nach 5 Galvonopuncturen (alle 5—6 Tage, Einstossen der Nadel ½—¾ Cm. tief) schwanden alle Beschwerden, es trat Wohlbefinden ein. Fünf Tage nach der letzten Sitzung trat jedoch acute Peritonitis auf mit letalem Ausgang. Die letzte Pat. hatte ein interstitielles Myom ,das bis zum Nabel reichte. Der Befund wurde in Chloroformnarkose unter Controlle von 3 Collegen aufgenommen. Application des activen Pols. Nach 6 Sitzungen (50—60 Milliampères) trat heftige Pelviperitonitis auf, die Pat. 4 Wochen ans Bett fesselte. Wiederaufnahme der Behandlung und Steigerung der Stromstärke bis 220 Milliampères. Zwanzig Sitzungen innerhalb 3½ Monaten erzielten fortschreitende Verkleinerung des Tumors und Schwund aller Symptome. Als Pat. sich einen Monat nach der letzten Sitzung vorstellt, findet sich nichts mehr vom Tumor vor. Cavum uteri statt wie früher 9 Cm. jetzt 7½ Cm. lang. (Ob es sich nicht doch um ein Exsudat gehandelt hat, wagt Ref. nicht zu entscheiden; jedenfalls haben wir es nach A. mit einer auffallenden Resorption eines grossen derben Tumors in kurzer Zeit zu thun).

Verfasser empfiehlt die grosse indifferente Thonelektrode und die Apostoli'sche Serie activer Kohlenelektroden. Ausser in den beschriebenen hat A. in anderen weniger instructiven Fällen Exacerbationen chronischer Pelviperitoniden bei Anwendung starker Ströme gesehen. W. Beckmann.

P. G. Unna. Der Dampftrichter. (Monatshefte für prakt. Dermatologie. Band XIII. Nr. 1, 1891).

Dieser Apparat hat sich in der Unna'schen Klinik sehr gut bewährt. Er dient zum rascheren Filtriren aller schwer filtrirenden Flüssigkeiten, namentlich der Agarlösungen. Die Vorzüge sind folgende: 1) filtrirt durch ihn Agarlösung statt in 8 nur in 2 Stunden; 2) kann man Flüssigkeiten verschiedener Procentuation filtriren, als z. B. 3—4% Agarlösungen während sonst nur 2%ige gut filtriren; 3) sterilisirt er gleichzeitig das Filtrat; 4) fällt das vorherige Klären der Agarlösungen mit Eiweiss fort und das lange Garkochen. Während früher die Herstellung einiger Hundert guter Agargläser viel Sorgfalt und einen Zeitraum von 5 Tagen in Anspruch nahm, lässt sich mittelst des Dampftrichters dieses Geschäft sicher und bequem in 3 Stunden absolviren.

Der Apparat besteht aus einer kupfernen Hohlkugel, von der ein oberes Segment als Deckel abgehoben werden kann. Durch ein Loch im Boden ragt ein emaillirter eiserner Trichterstiel, dessen oberer Rand etwas höher steht, als der Rand der Kupferblase nach Abheben des Deckels, damit das kochende Wasser nicht in den Trichter hineingelangt und das Filtrat verdünnt. Der Deckel ist mittelst einer Flügelschraube angeschraubt. Ein in denselben eingelassener Hahn dient als Ventil. Der ganze Trichter ruht auf 3 Füssen; unter ihm kommt die Gasflamme zu stehen. In den Trichter kommt gewöhnliches Filtrirpapier, welches 2 Cm. hoch mit geglühtem Kieselguhr angefüllt ist, welches den Agar vollständig klärt. Die Dampfhemmung wird durch stärkeres resp. schwächeres Filtriren angezeigt. Es dürfen keine grösseren Dampfblasen den Filtrirstrom unterbrechen, dazu braucht man nur die Gasflamme etwas zu reguliren.

Der Apparat sei für die bakteriologischen Untersuchungen sehr brauchbar und daher hiemit die Aufmerksamkeit der ärztlichen Kreise auf denselben gelenkt.

E. Krong (Hungerburg-Narwa).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

1. A. v. Bergmann (Riga): Zur Contagiosität der Lepra. (Sammlung klin. Vorträge v. Volkmann N. F. Nr. 33).

2. J. Goldschmidt: Die Lepra auf Madeira. (Leipzig, F. C. W. Vogel. 1891. 27 Seiten mit 13 Lichtdrucktafeln.

1. Der Vortrag A. v. Bergmann's, gehalten in der Gesellschaft prakt. Aerzte zu Riga und ursprünglich nur für locale Interessen bestimmt, ist auf Wunsch des Prof. E. v. Bergmann in die Volkmann'sche Sammlung aufgenommen und wird mit einigen äusserst anerkennenden Worten von diesem eingeleitet.

Im Beginn seines Vortrages giebt A. v. B. einige kurze Daten über die soeben in einer Entfernung von 4 Kilometer von Riga's Thoren eröffnete Leproserie und geht dann zur Darlegung des von ihm gesammelten Materiales über, wobei besonders bemerkenswerth, dass Verf. beim Beginn seiner Beschäftigung mit der Leprafrage noch der Voraussetzung der Nichtübertragbarkeit der Lepra huldigte und sich erst durch die Resultate seiner Forschung die Ueberzeugung von der Contagiosität erwarb. Nachdem seit Anfang der 60ger Jahre sich alljährlich 2—3 Lepröse zur Aufnahme in das Rigaer Stadtkrankenhaus gemeldet, die meist von ausserhalb der Stadt kamen, werden 1870—1880 bereits 9 neue Erkrankungen in Riga selbst constatirt, 1880—1886 aber schon 27. Zur Aufnahme ins Krankenhaus melden sich von Riga'schen Einwohnern als neue Erkrankungsfälle:

1885 —	9 Personen	1888 —	12 Pesonen
1886 —	11 »	1889 —	18 »
1887 —	14 »	1890 —	20 »

Diese hoch interessanten Zahlen legen ein klares Zeugniss ab für die Ausbreitung der Lepra in Riga. B. nimmt die Zahl der in Riga lebenden Leprösen auf über 100 an, somit kommt 1 Lepröser auf je ca. 2000 Einwohner.

Zum Schluss giebt B. ein Verzeichniss von 108 Leprapatienten mit Angabe ihrer Thätigkeit und Wohnung. Dieses ist sehr wichtig, da man daraus klar ersieht, wie die Krankheit durch Zusammenleben ihre Verbreitung findet. Ein auffallend starkes Contingent stellen die Wäscherinnen unter den 44 Fällen, die zunächst als Einzelerkrankungen erscheinen. In weiteren 11 Fällen ist die Wahrscheinlichkeit der Uebertragung sehr naheliegend, meist ist längeres Zusammenleben mit Leprösen sicher nachgewiesen. Somit kann B. bei ca. 60 pCt. seiner Fälle mehr oder weniger sicher die Uebertragung vom Menschen zum Menschen nachweisen, wobei er sehr richtig bemerkt: wenn man sich erst daran gewöhnt möglichst genaue Anamnesen, auch über die früheren Wohnungen der Leprösen, aufzunehmen, man auch den Contact mit Leprösen nachweisen kann, wo dieselben angeben, nie mit Leprösen zusammengekommen zu sein. Die Details der einzelnen Gruppen bringen ein reiches, für die Uebertragbarkeit sprechendes Material, so dass wir den Vortrag B's ganz besonders denjenigen zum Studium empfehlen möchten, die bezüglich der Contagiosität noch subjective Zweifel hegen.

2. Goldschmidt, von der Anschauung ausgehend, dass vergleichende Beobachtungen aus den verschiedensten inficirten Gegenden dazu führen können, die eigentlichen Existenzbedingungen dieser merkwürdigen Seuche kennen zu lernen, die er als unabhängig von Klima, Boden und Race ansieht, giebt eine kurze Geschichte der Lepra auf Madeira. Wahrscheinlich ist sie auf diese Insel von den frühesten Ansiedlern eingeschleppt, da zu denselben viel Proletariat und Verbrecher gehörten, denen in Portugal die Gefängnissstrafe erlassen wurde, wenn sie auswanderten. Eine Leproserie ist bereits vor vielen Jahren (jedenfalls vor 1515) errichtet worden, doch hat man keine genaueren Berichte über deren Thätigkeit. Sie liegt in unmittelbarer Nähe der Stadt Funchal und ist ihre Einrichtung, wie aus der beigelegten Heliographie ersichtlich, eine ziemlich primitive und düstere. Statistische Aufzeichnungen sind nur von 1830 an vorhanden. Von 1830—1890 betrug die Zahl der Lazarus-Kranken — 224. 1840—1861 waren durchschnittlich stets 24 Pat. pro Jahr im Hause. In den letzten 15 Jahren wurden jährlich nur 1—2 neue Patienten aufgenommen, da keine Zwangsmaassregeln zur Aufnahme bestehen. G. berechnet die gegenwärtige Zahl der Leprösen auf Madeira auf ca. 70 (d, h. 6 : 10000). Eigenthümlicher Weise stammen die meisten Leprösen von der Südwestküste, aus dem Kreise Pouta do Sol, während aus der Karte ersichtlich, dass die Nordwestküste ganz frei ist. Auch G. kommt zu dem Schlusse, dass die Ausbreitung durch Uebertragung von Mensch auf Mensch stattfindet, wobei er eine gewisse Disposition anerkennt. Interessant ist die Thatsache, dass der Aussatz auf Madeira auch durch Einwanderung aus British Guyana unterhalten wird, wo in der leprösen Gegend eine zahlreiche Madeiresen-Colonie besteht. Das Alter der 224 Leprösen in Madeira war folgendes:

1—10 Jahr	. . . 7	40—50 Jahr	. . . 31
10—20 »	. . . 56	50—60 »	. . . 6
20—30 »	. . . 72	60—70 »	. . . 6
30—40 »	. . . 45	70—80 »	. . . 1.

(Diese Zahlen sind wiederum ein Beweis mehr gegen die Hereditätstheorie. Nimmt man an, dass ein 70jähriger selbst 25 oder 30 Jahr leprös ist, dann müsste nach der Erblichkeitshypothese eine Incubation von 40 Jahren stattgehabt haben (!) Ref.).

Von den 224 Patienten starben in der Leproserie — 189, nachdem sie dort durchschnittlich 4—6 Jahre verbracht, die längste Aufenthaltsdauer betrug 20 Jahre, nur 5 aber hatten dort länger wie 15 Jahre verbracht, 32 aber weniger wie ein Jahr. Die Tuberculininjectionen gaben auf die Dauer keine guten Erfolge.

Petersen.

Emil Klein: Handbuch der Massage. Aus dem Schwedischen übersetzt von G. Schütz. Berlin 1890. 8°, 311 S.

Verf., ein in Karlsbad prakticirender Schwede, lässt in seinem Buche überall den erfahrenen Praktiker hervortreten, wodurch man sofort ein gewisses Vertrauen gewinnt. Er vertheilt sein Interesse auch ziemlich gleichförmig zwischen die verschiedenen Kapitel. Dabei zeigt das 11 Seiten umfassende Literaturverzeichniss, wobei besonders zahlreiche skandinavische Namen auffallen, eine starke Belesenheit. Die Literatur ist durchaus kritisch behandelt, überall tritt des Verf. eigene Anschauung hervor und erregt das Interesse des Lesers auch wo er nicht einverstanden ist, so z. B. kann ich nach eigener Erfahrung keineswegs in das verwerfende Urtheil über die Oertel'sche mechanische Behandlung des Herzens einstimmen. Eine gewisse feindselige Haltung gegenüber Oertel ist übrigens in Karlsbad und Marienbad zu Hause. Jedenfalls ist das Buch, das bei geringem Umfange viel bietet, auf's angelegentlichste zu empfehlen. Abbildungen fehlen.

Buch (Willmanstrand).

Protokolle
der Sitzungen des III. livländischen Aerztetages in Walk.

II. Sitzung. 9. September 1891, Nachmittags 5 Uhr.

2. Herr Unverricht (Dorpat). «Ueber das Fieber». Vortragender hält es für nothwendig, sich die Frage vorzulegen, was man eigentlich unter Fieber zu verstehen habe, denn die Behandlungsmethoden, welche sich auf den modernen Anschauungen vom Fieber aufgebaut, hätten nicht zu dem gewünschten Resultat geführt.

Die frühere Vorstellung, dass das Fieber ein eigenes Krankheitswesen sei, habe man immer mehr fallen lassen. Man betrachte es als Symptomencomplex, der gewisse Krankheiten begleite. Aber dieser Symptomencomplex sei ein sehr vager, es fehle bald dieses, bald jenes Symptom, gelegentlich auch die erhöhte Temperatur. Etwas logischer erscheine schon die Liebermeister'sche Auffassung: Das Wesentliche im Fieber sei die höhere Einstellung der Körpertemperatur, und die übrigen Symptome seien davon abhängig. Aber auch diese Anschauung sei unhaltbar, denn die anderen Symptome begleiteten durchaus nicht regelmässig die Steigerung der Körpertemperatur und seien ihr auch nicht proportional, so dass sie nicht von ihr abhängen könnten. Auch sei die Temperatur nicht auf einen bestimmten Grad eingestellt, sondern man könne ein regelloses Schwanken viel eher als das Gesetz betrachten.

Es bliebe nichts Anderes übrig, als die erhöhte Temperatur schlechtweg als Fieber zu bezeichnen, dann müssten wir auch von dem Gesunden, im Dampfbade, der 39° hat, sagen, er fiebert. Besser wäre es wohl, den Begriff, dem in Folge seiner historischen Entwickelung soviel mystischer Beigeschmack anhafte, ganz fallen zu lassen, denn die Bezeichnung «Temperatursteigerung» erschöpfe alle Erscheinungen und könne nicht zu Missverständnissen führen. — Von antifebriler Behandlung könne demnach nicht die Rede sein, sondern nur von antithermischer. Sollte man die erhöhte Temperatur herabsetzen?

Unsere klinischen und experimentellen Erfahrungen bewiesen nicht die Schädlichkeit erhöhter Körperwärme. Man habe immer den Fehler begangen, der Temperatursteigerung in die Schuhe zu schieben, was der Vergiftung, z. B. bei Infectionskrankheiten, zukomme. — Schliesslich sprächen sogar gewisse Gründe dafür, dass möglicher Weise die erhöhte Temperatur eine zweckmässige Einrichtung sei, insofern, als dabei gewisse Keime schlechter gediehen, gewisse chemische Gifte schneller zerfielen, als bei normaler Körperwärme.

Discussion:

Herr Koppe (Pernau) fragt, ob eine antiphlogistische Wirkung der Kälte durch die klinische Erfahrung erwiesen sei. In Praxi schienen Eisumschläge z. B. die Entwickelung einer Pneumonie zu hemmen, ebenso häufig gewechselte kalte Umschläge die capilläre Bronchitis.

Herr Unverricht hat absichtlich vermieden die Kaltwasserbehandlung zu berühren. Nicht als ob er sie verwerfe, er sei aber der Ansicht, das kalte Wasser sollte nicht als antipyretisches, sondern als diätetisches Mittel verwandt werden. Was die antiphlogistische Wirkung der Kälte anlange, so theile er die Ansicht des Vorredners, dass sie die Entzündung in engeren Grenzen zu halten scheine.

Herr Hartge (Dorpat). Das Suchen nach Mitteln gegen fieberhafte Erkrankungen scheine ihm weniger auf die Theorie Liebermeister's zurückzuführen, als auf die Thatsache basirt zu sein, dass wir schon specifische Mittel, wie Chinin bei Intermittens, besitzen und weitere für andere Krankheiten zu finden wünschen.

Herr Unverricht: Das Suchen nach specifischen Mitteln sei durchaus zu billigen. Er habe nur von der symptomatischen Fiebertherapie gesprochen. Die Intermittens werde natürlich Niemand mit anderen Antipyreticis, als mit dem specifisch wirkenden Chinin behandeln.

Dass die Salicylsäure als Specificum gegen Gelenkrheumatismus anzusprechen sei, erscheine Red. noch nicht ganz erwiesen. Sie habe aber gewisse specifische Beziehungen zu dieser Krankheit, bei der sie mit Erfolg verwandt werde, während sie bei anderen fieberhaften Erkrankungen zu den schlechtesten Mitteln gehöre.

Herr Hampeln (Riga) erklärt sich mit der Theorie des Vortrgd. und ihrer Begründung einverstanden, hält aber dafür, dass sich daraus sehr wohl auch die Befürwortung der antipyretischen Methode folgern lasse. Die theoretischen Erwägungen befänden sich zudem im Einklange mit der praktischen Erfahrung, welche z. B. zu Gunsten der Kaltwasserbehandlung des Typhus sprächen.

Herr Unverricht: Die schwierige Frage der Kaltwasserbehandlung sei nur auf dem Wege der Statistik oder dem der subjectiven Erfahrung zu beantworten. Die Statistik sei leider nicht überall gleich ausgefallen und auch bezüglich der subjectiven Erfahrung sei man zu keinem einheitlichen Resultate gelangt. Der Wechsel der Schwere gewisser Erkrankungen z. B. des Typhus im Lauf längerer Zeitperioden könne leicht zu Irrthümern führen. Ausserdem läge es nahe, dass der einzelne Beobachter sich durch Besserung gewisser Symptome zu sehr imponiren lasse. Die Klärung des Bewusstseins durch die Kaltwasserbehandlung beweise z. B. noch nicht den Nutzen derselben.

3. Herr Hampeln (Riga). «Die Erkrankung des Herzmuskels». Red. spricht sich zunächst, den Einfluss mechanischer Schädlichkeiten auf die Entstehung von Herzkrankheiten im Allgemeinen wohl zugebend, doch gegen die sog. «Ueberanstrengung des Herzens» als besonderes Krankheitsgenus aus.

Wesentliche Ursache der Herzerkrankungen im eigentlichen Sinne des Wortes seien, wie bei den anderen inneren Organen, Infectionen und Intoxicationen im Allgemeinen. Dafür sprächen die Erfahrungen des Krankenhauses in Riga, welche unter den zur Obduction gelangten Fällen von Herzfehlern keine einzige uncomplicirte Ueberanstrengungshypertrophie des Herzens aufweise. Immer lag nach Ausschluss der Klappenfehler Arteriosklerose, Coronarsklerose oder Emphysem oder Nephritis etc., jedes für sich oder zugleich mit den anderen vor. In Berücksichtigung ferner dessen, dass Frauen fast zur Hälfte an den Myopathien betheiligt sind, hält er eine Ablehnung der Ueberanstrengung als wesentliche Ursache chronischer Herzerkrankungen für geboten.

Demgemäss unterscheidet er folgende bekannte anatomische Kategorien:

1. Herzhypertrophie. Doch handle sich's bei der Stauungshypertrophie nicht um eine Erkrankung im eigentlichen Sinne, sondern um eine physiologisch-anatomische Kategorie.

Als Krankheit im engeren Sinne hätten zu gelten:

1. Die chronische Myocarditis.
2. Die fettige Degeneration und das Fettherz.

Charakteristisches Merkmal beider sei die Dilatation; Ursache der Dilatation am häufigsten die Myocarditis, in seltenen Fällen die fettige Degeneration.

Die Myocarditis bestehe als parenchymatöse und interstitielle, oft bereits makroskopisch an sehnigen und fettigen Herden erkennbar. Selten fehlten dabei endocarditische und endarteritische Processe. Die Myocarditis entwickele sich als secundäre oft auf dem Boden einer Stauungshypertrophie, trete aber ausserdem sehr häufig als primäre auf. Dabei komme es natürlich zur compensirenden Hypertrophie des rechten, in anderen Fällen zur ausgleichenden, vicariirenden Hypertrophie des gleichen, meist linken Ventrikels.

Die Thatsache, dass bei chronischer Myocarditis Aorta und Nieren meist normal, bei primärer umgekehrt fast immer als erkrankt angetroffen würden (Arteriosklerose, interstitielle Nephritis) spräche gegen die wesentliche Identität der anatomisch scheinbar gleichartigen Vorgänge.

Diffuse fettige Degeneration käme im Ganzen selten zur Beobachtung (im Ganzen 10 Fälle unter 1400 Leichen). Red. verfüge dazu über keinerlei charakteristische klinische Merkmale. Höchstens liesse sich die isolirte fettige Degeneration des rechten Ventrikels beim Lungenemphysem erkennen.

Das eigentliche Fettherz, die Fettumwachsung stehe an Bedeutung, wenigstens in Bezug auf die Gefahr, erheblich hinter den anderen zurück. Im Todesfall lägen gewöhnlich die anderen, schwerer wiegenden Veränderungen des Herzmuskels neben der möglicherweise unschuldigen Fettauflagerung vor.

Zur differentiellen Diagnose.

Red. hält es für wichtig, zunächst die Vorfrage nach der Gegenwart oder Abwesenheit eines Klappenfehlers zu erledigen. Sowohl Aorten- als Mitralklappenfehler könnten ohne

Geräuschbildung bestehen, doch spräche das Fehlen von Geräuschen im Ganzen gegen den Klappenfehler.

Schwieriger sei die Ausscheidung eines Klappenfehlers, trotz bestehenden Geräusches. Relative Insufficienz werde recht häufig sowohl an den Aortenklappen als an der Mitralis beobachtet, erstere wesentlich bei Aortendilatation, letztere bei Lungenemphysem, Morbus Brightii, gelegentlich bei Myocarditis. Bei bestehendem Emphysem oder Morb. Brightii sei die Insufficienz fast immer eine relative. Für relative Stenose am Aortenostium spreche das Auftreten systolischer Aortengeräusche bei bestehender Aorten- od. Ventrikeldilatation trotz normalen Klappenbefundes. Man sei daher mit der Diagnose einer anatomischen Aortenstenose sehr zurückhaltend, da diese selten, die Geräusche aber sehr häufig angetroffen würden.

Nach Ausschluss der Klappenfehler wäre das Verhältniss zu etwaigen anderen Organerkrankungen festzustellen.

Fassförmiger Thorax spräche für Emphysem, gegen primäres Herzleiden. Die Erkennung universeller Arteriosklerose, der genuinen Schrumpfniere bereite keine besonderen Schwierigkeiten, wohl aber die versteckte Arteriosklerose, welche oft die Ursache einer Herzerkrankung werde. Uebrigens sei immer zu bedenken, dass alle diese Erkrankungen oft neben einander, gleicher Ursache entsprungen, ohne causalen Zusammenhang beständen. Die pericardialen Synechien endlich meint Red. nicht in den Kreis differenzirender Betrachtung ziehen zu sollen, da ihr Einfluss auf Herzbeschwerden zu unsicherer Natur sei.

Nach Ausschluss der auch secundären Herzmuskelerkrankungen gelange man zur Diagnose der primären Myocarditis resp. fettigen Degeneration, für welche kein directes, charakteristisches Merkmal existire, und auf die nur aus den allgemeinen klinischen Erscheinungen geschlossen werden dürfe.

Myocarditis und fettige Degeneration liessen sich endlich, zunächst wenigstens, noch nicht differenziren.

Die Diagnose des Fettherzens stosse auf keine Schwierigkeiten. Sie erscheint berechtigt, wenn neben allgemeiner Lipomatose Herzbeschwerden und Herzvergrösserung nachweisbar waren. Zum Schluss recapitulirt Red. kurz seinen Vortrag.

Discussion:

Herr Unverricht wendet sich an Vortrgd. mit der Frage, ob er häufig eclatante Fälle von Insufficienz gesehen, in welchen das diastolische Geräusch gefehlt.

Die Entscheidung der Frage, ob eine Insufficienz vorliege oder nicht, sei deshalb so schwierig, weil kein strenger anatomischer Beweis für die Schlussfähigkeit der Aortenklappen existire. Die Klappen könnten recht stark geschrumpft sein und doch beim bedeutend kleineren lebenden Ostium schliessen, wenn an der Leiche auch die Probe negativ ausfalle.

Herr Hampeln diagnosticire aus dem systolischen Geräusche über dem Sternum eine relative Aortenstenose. Red. halte dieses Geräusch im Allgemeinen für ein arteriosklerotisches: die entartetsten Arterien brächten statt des Tones ein Geräusch hervor. Die Aorta könne dabei dilatirt sein, so dass eine relative Stenose am Klappenostium — im Sinne Hampelns — vorliege, es brauche sich aber um keine Erweiterung zu handeln.

Herr Hampeln hat Fälle von Insufficienz der Aortenklappen beobachtet, die während des Lebens längere Zeit keine Geräusche veranlasst. Trotzdem habe die anatomische Untersuchung Klappenschrumpfung und fehlenden Schluss constatirt.

Red. betont, dass, seiner Auffassung nach, nie Schwingungen der Gefässwand sondern des Blutes Geräusche erzeugten. Diese entstünden am Aortenostium bei Erweiterung der Aorta ascendens oder des Ventrikels. Sie würden häufig am unteren Sternalende oder an der Herzspitze gehört, was für die Unabhängigkeit von der Aorta spreche. In jedem Fall, wo auch die Geräusche entstehen mögen, warne er davor, auf das systolische Geräusch hin anatomische Stenose zu diagnosticiren.

Herr Brennsohn (Mitau). In einer vor mehreren Jahren erschienenen Arbeit schildere Leyden Herzerkrankungen, welche sich direct an eine Ueberanstrengung angeschlossen. Aus eigener Praxis erwähnt Red. eines Falles, in dem sich unmittelbar an eine Ueberanstrengung schwere Herzsymptome angeschlossen, die sich zwar nach einigen Wochen gebessert, doch aber ein Herzleiden hinterlassen hätten.

Herr Hampeln giebt zu, darin von Leyden abzuweichen, dass er (Red.) chronische Ueberanstrengung des Herzens als Krankheitstypus nicht gelten lasse. Acute Ueberanstrengung dagegen komme gewiss vor und sei auch von ihm beobachtet worden. Man müsse indessen nicht vergessen, dass bis dahin latente Herzleiden durch irgend welche mechanische Schädlichkeit offenbar werden und zur Annahme einer Ueberanstrengungskrankheit verleiten könnten.

4. Herr Heerwagen (Riga). «Blatternsterblichkeit und unentgeltliche Impfungen in Riga» (abgedruckt in der Zeitschrift für Hygiene. Bd. X 1891).

Vom Jahre 1882 an liege brauchbares statistisches Material über Blatternsterblichkeit vor. Von 1882 bis 87 hatte Riga durchschnittlich 108 Todesfälle an Blattern jährlich, von da an nur etwas über 7. Im December 1886 bis 87 liess sich ein epidemisches Auftreten der Krankheit constatiren.

Die von der Stadtverwaltung besorgten unentgeltlichen Impfungen hätten bis 1885 incl., wo eine liberale und bequeme Neuordnung der Gratisimpfung stattgefunden, nie die Zahl 500 erreicht, seien 1886 auf 2000, ja 1887 unter dem Druck einer Blatternpanik auf 8188 gestiegen. In den letzten Jahren seien durchschnittlich 2700 Gratisimpfungen vollzogen worden. Das Verhältniss der Blatternsterblichkeit zur Impffrequenz demonstrirt Vortrgd. an einer graphischen Tafel.

Aus der Vergleichung beider Zahlenreihen ergebe sich, dass die Zahl der Blatterntodten in Riga gross sei, so lange die Zahl der unentgeltlich Geimpften klein bleibe. Nachdem Massenimpfungen vollzogen worden und auch weiterhin die Impfung ihren regelmässigen Fortgang genommen, seien Todesfälle an Blattern fast zur Seltenheit geworden.

5a. P. Werner (Petersburg). «Ueber Chloroformbehandlung des Darmtyphus» (hält den angekündigten Vortrag, der demnächst in dieser Wochenschrift erscheinen wird).

5b. A. Eeck (Oberpahlen). Correferat.

Die Erkenntniss, dass es neben der erhöhten Temperatur beim Darmtyphus namentlich die toxische Einwirkung der Ptomaine der Bacillen sei, welche die Gefahr der Erkrankung mit sich bringe, habe der antipyretischen Behandlungsmethode einen argen Stoss versetzt und zur Anpreisung specifischer Mittel geführt. Red. nennt die «graue Salbe», das Sublimat, Naphtalin, Carbol, Eukalyptol, Jod, die alle, namentlich die drei letzten, mehr oder weniger Fiasco gemacht. So lange keine sichere Aussicht vorhanden sei, mit den Stoffwechselproducten der Mikroben selbst im Sinne Koch's gegen diese mit absoluter Sicherheit zu Felde zu ziehen, wäre der praktische Arzt genöthigt, mit der diätetisch-hygienischen Methode unter Zuhilfenahme symptomatischer Mittel den Infectionskrankheiten zu begegnen.

Von diesem Gesichtspunkte aus erlaube sich Red. einem Heilmittel das Wort zu reden, das, in Vergessenheit gerathen, jetzt erneute Beachtung verdiene.

Auf die Methode der Chloroformbehandlung des Typhus sei Red. durch ein Referat über Stepp's Aufsatz (Allg. Medicin. Central-Ztg. Novb. 90) aufmerksam geworden, und sei sie ihm durch ihre Einfachheit und Billigkeit für den Landarzt geeignet erschienen.

Sein Material im Kirchspielshospital habe aus 8 jungen, kräftigen Leuten (Arrestanten) bestanden. Nach Stepp gab Red. 1,0 Chloroform pro die in 3 Portionen (Schüttelmixtur mit Zuckerwasser oder Fruchtlimonade). Bei hohem Fieber wurde der Kopf des Pat. mit dem Eisbeutel gekühlt; sonst keine Therapie. Diät: anfangs Milch, später gekochte Eier, Fleischsuppe, Zwieback. Chloroform wurde 8—14 Tage, bis zur Entfieberung gegeben, und gern und ohne übele Nebenwirkung genommen. Das Fieber sank schnell und erheblich; nach Aufhören desselben bekamen die Kranken 3 Mal täglich zu 5 Tropfen Acid. muriat. dilut. Gehirnerscheinungen seien sehr mässig gewesen, nur in einem Falle habe wegen Delirien Chloral gegeben werden müssen. Die Patienten hätten den Eindruck gemacht, sich im Allgemeinen wesentlich wohler zu fühlen, als es sonst bei Typhösen der Fall sei, namentlich hätte Somnolenz der Behandlung nicht lange getrotzt. Puls und Respiration seien der Temperatur entsprechend gewesen, die Zunge wäre bald feucht und reiner geworden. Die Stühle seien nicht frequent und schon sehr bald kothig geworden.

Der wesentlichste Vorzug der Chloroformbehandlung des Typhus sei im vollkommenen Fehlen von Complicationen und in der kurzen Dauer des Processes, welche auch nur eine sehr kurze Reconvalescenz bedinge, zu sehen. Nach 3 Wochen hätten die meisten Kranken das Hospital verlassen, gestorben sei keiner.

So zufrieden Red. mit seinen Erfolgen sei, so könne er nicht umhin zu betonen, dass er ein sehr geringes Krankenmaterial in Beobachtung gehabt, dass vielleicht auch die Epidemie eine leichtere oder doch nur mittelschwer gewesen sein möge, die einer anderen Methode gegenüber sich nicht renitenter gezeigt hätte, und dass auch die Naturheilung des Typhus abdominalis immerhin nur 20% Mortalität aufweise.

Discussion:

Herr Krannhals (Riga) fragt Herrn Werner, ob bakteriologische Untersuchungen der zur Section gelangten Fälle stattgefunden. Er halte dieselben für absolut nothwendig, da nur durch den positiven Ausfall solcher Untersuchung sichergestellt werden könne, dass es sich bei den vom Vortrgd. geschilderten Krankheitszuständen wirklich um «Typhus abdominalis» gehandelt und nicht etwa um irgend welche andere, uns vielleicht noch unbekannte Erkrankung.

Herr Werner hält den Einwand des Vorredners nicht für wesentlich, da es sich einerseits doch bei allen Leichenbefunden herausstellte, dass der Dünndarm, wenn auch wenig er-

griffen, dennoch die charakteristischen Merkmale des Darmtyphus: die Infiltration, mindestens der Peyer'schen Plaques, darbot, es sich also unmöglich um eine «neue» Krankheit handeln könne, — Red. aber andererseits den von Herrn Krannhals verlangten Untersuchungen keine Ausschlag gebende Bedeutung für die Diagnose beizumessen vermöge.

(Schluss der II. Sitzung).

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Als Specificum gegen die Influenza empfiehlt Arthur Hennig in Königsberg das Salipyrin. Das Mittel wird am besten in grösseren Dosen in kurzen Intervallen in den Nachmittagsstunden gereicht. Oft genügt ein Verbrauch von 3,0—5,0 um Euphorie eintreten zu lassen. Am nächsten Morgen sind die Beschwerden ganz oder zum grössten Theil geschwunden. Zuweilen muss das Mittel noch einige Tage in Dosen von 1,0—2,0 fortgesetzt werden. Die Dauer der Krankheit wird wesentlich abgekürzt, Complicationen treten seltener auf. Man giebt das Mittel entweder in Oblaten zu 0,5—1,0 oder als Schüttelmixtur: Rp. Salipyrin 6,0, Glycerin 14,0, Syr. Rub. Idaei 30,0 Aq. dest. 40,0 MD. 1/4—1/2stündlich 1 Esslöffel.

(Wiener med. Blätter Nr. 48).

— Ueber eine Epidemie von spinaler Kinderlähmung berichtet Medin (Stockholm). Während M. sonst nur vereinzelte Fälle in jedem Jahre gesehen hatte, traten von Mai 1887 ab die Fälle häufiger auf, so dass bis November 44 Fälle, in den Monaten August und September allein 29 Fälle von ihm beobachtet wurden. Zweifellos handelt es sich doch hier um eine Infectionskrankheit. (Centralbl. f. kl. Medicin Nr. 36).

— Zur Behandlung chronischer Diarrhoen, soweit dieselben nicht das Symptom einer unheilbaren Krankheit darstellen, sind nach Pollatschek die Karlsbader Wässer, in kleinen Dosen und warm getrunken, als Heilmittel sehr empfehlenswerth. Noch besser wirken Injectionen warmen Thermalwassers in das Rectum. Man kühlt die Wässer Anfangs auf 38° C. ab und nimmt etwa 200 Grm., um später bis auf 43° C. und etwa 500 Grm. bei Erwachsenen zu steigen. Besonders günstige Resultate soll diese Behandlungsmethode in der Kinderheilkunde liefern.

(Wiener med. Wochenschr. Nr. 23).

— F. W. Langdon lenkt die Aufmerksamkeit auf das Benzin als Antisepticum und Antiparasiticum. Einen wesentlichen Erfolg sah er von demselben bei Pityriasis versicolor; er liess zweimal täglich 3 Tage hindurch mit Watte das Benzin flott auftragen und erzielte dauernde Heilung. Ein wenig Lavendeltinctur kann man dem Benzin hinzusetzen. Auch bei Furunculose bewährt sich das Mittel. Man tränkt ein Wattepolsterchen mit Benzin, drückt es fest, aber ohne Gewalt, etwa eine halbe Minute lang, auf die furunculöse Schwellung und wiederholt dieses Verfahren am ersten Tage stündlich oder alle 2 Stunden, später 2 oder 3 Mal täglich. Des weiteren erwies sich dem Verf. das Benzin nützlich gegen die Sandflöhe, jene widerwärtige Insectenplage der Tropengegend. Auch bei Trichinose innerlich verabfolgt, soll das Benzin wirksam sein. (Medic. Neuigkeiten Nr. 39).

— Boyer hatte schon 1886 die Anwendung der Fabiana imbricata bei Erkrankungen der Harnorgane empfohlen. Bei den Einwohnern Chiles und im Handel ist die Pflanze unter dem Namen Pichi bekannt. Laval empfiehlt gegen acute und chronische Cystitis folgende Formel: Extr. fluidi Pichi 32,0, Kali nitrici 4,0, Syr. simpl. 90,0 S. 3 stündlich ein Kaffeelöffel. Contraindicirt soll das Mittel bei gleichzeitig bestehendem Morbus Brightii sein, da es erfahrungsgemäss die Albuminurie steigert. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38).

— Poulet räth bei der Epilepsie neben Bromsalzen andere die nervösen Centra beeinflussende Stoffe anzuwenden, so die Calabarbohne, Pikrotoxin, Belladonna. Auch Tinctura digitalis hat der Autor bewährt gefunden.

(Therap. Monatshefte Nr. 7).

— Ein von Mosso in Turin im Celastrus edulis aufgefundenes Alkaloid, das Celastrin, bewirkt nach dessen Angaben bei Thieren mit kaltem Blute (Frösche) in schwacher Dosis und in der ersten Periode eine Excitation des Nervensystems, in der zweiten Periode und in starker Dosis eine Depression. Bei Thieren mit warmem Blute (Kaninchen, Hunde) fand der Verfasser nur sehr schwache Veränderungen im Blutdrucke und in der Athmung, cerebrale Excitation, ohne Spur einer Depression, dann eine rectale Temperaturerhöhung. M. ist der Ansicht, dass das Celastrin ein besseres und activeres Excitans, als das Cocain sei. (Wiener medic. Blätter, Nr. 38).

Vermischtes.

— Ordensverleihungen: Der St. Alexander-Newski-Orden — dem Leibchirurgen des Kaiserlichen Hofes, Geheimrath Dr. Hirsch. Der St. Wladimir-Orden II. Classe — dem Director und Oberarzt des Kinderhospitals des Prinzen von Oldenburg, Leibpädiater Geheimrath Dr. Rauchfuss. Der St. Annen-Orden I. Classe — den Professoren der pathol. Anatomie, wirkl. Staatsräthen Klein (Moskau) und Brodowski (Warschau). Der St. Stanislaus-Orden I. Classe — dem Flaggmanndoctor der Baltischen Flotte, wirkl. Staatsrath Dr. Smirnow; dem älteren Arzt der Erziehungsanstalt für adlige Fräulein, wirkl. Staatsrath Weidemann; dem Gehülfen des Directors des hiesigen Marienhospitals, wirkl. Staatsrath S. Ssabinski. Der St. Wladimir-Orden III. Classe — dem gelehrten Secretär des Medicinalraths und Mitglied des Conseils des Ministers der Volksaufklärung, wirkl. Staatsrath Dr. Anrep; dem berathenden Mitgliede des Medicinalraths, Staatsrath Dr. Schidlowski; dem Ehren-Hofmedicus des Kaiserlichen Hofes, wirkl. Staatsrath Hunnius in Hapsal. Der St. Annen-Orden II. Classe — den jüngeren Ordinatoren des hiesigen Marienhospitals, Staatsrath Dr. Theodor Neumann, und der ambulatorischen Abtheilung des hiesigen Nikolai-Kinderhospitals, Dr. Ernst Hörschelmann. Der St. Stanislaus-Orden II. Classe — dem Flottenarzt Dr. Bunge.

— Befördert: Zu Geheimräthen — der Rector der Warschauer Universität, Prof. emer. Dr. Schtschelkow und der Professor der Augenheilkunde an der Moskauer Universität, Dr. Braun. Zu wirklichen Staatsräthen — der Gehülfe des Medicinal-Inspectors des St. Petersburger Hafens, Dr. Rambach; der Professor der Therapie an der Kiewer Universität, Dr. Tritschel; der Director der Heilanstalt des Comités zur Fürsorge für die Bettler in St. Petersburg, Nikolai Winter.

— Zum Geschäftsführer des Medicinalraths des Ministeriums des Innern ist an Stelle Dr. Jepifanow's, welcher bekanntlich Vicedirector des Medicinaldepartements geworden ist, der bisherige ältere Ordinator am hiesigen klinischen Elisabeth-Kinderhospital, Staatsrath Dr. N. A. Woronichin, ernannt worden.

— Der Director des hiesigen St. Andreas-Kinderasyls, Geheimrath Dr. Nedats, ist zum Ehrenmitglied des St. Petersburger Conseils der Kinderasyle ernannt worden.

— Die Professoren der militär-medicinischen Academie, Dr. Julius Tschudnowski (Therapeut) und Dr. N. W. Ssokolow (Chemiker) sind nach Ausdienung der 25jährigen Dienstfrist auf weitere 5 Jahre im Dienst belassen worden.

— Als Candidat für den durch den Abgang Prof. Manassein's erledigten Lehrstuhl der speciellen Pathologie und klinischen Propädeutik an der militär-med. Academie wird, wie der «Wratsch» erfährt, auch der Professor am klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna, Dr. M. I. Afanassjew, auftreten.

— Verstorben: 1) Im December 1891 in St. Petersburg der ehemalige Militär-Medicinalinspector, Geheimrath Dr. Julius Holtermann. Am 31. October 1821 in Livland geboren, bezog H. i. J. 1845 die Universität Dorpat, an welcher er bis 1851 Medicin studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde i. J. 1853 wurde der Hingeschiedene Flottenarzt und war sodann successive Chef des Mil.-Medicinalwesens in Ostsibirien, von 1876—1882 Militär-Medicinalinspector des Kasan'schen und seit 1882 des Wilna'schen Militär-Bezirks. Im J. 1890 nahm er seinen Abschied und lebte in letzter Zeit in St. Petersburg. 2) Am 20. December 1891 in Warschau der dortige Arzt und Redacteur der polnischen Zeitschrift «Medycyna», Dr. Gustav Fritsche, im 52. Lebensjahre. Nach Absolvirung des Cursus an der medico-chirurgischen Academie liess sich F. in seiner Vaterstadt Warschau als Arzt nieder, wo er anfangs als Ordinator an einem dortigen Hospital, dann als Leiter einer pneumatisch - hydropathischen Heilanstalt fungirte. Ausserdem war er Redacteur der Wochenschrift «Medycyna» und ist auch sonst mehrfach literärisch thätig gewesen. 3) Am 26. December in Wien der weltberühmte Physiologe, Prof. emer. Hofrath Ernst Ritter v. Brücke, an den Folgen der Influenza. Der Hingeschiedene war am 6. Juni 1819 in Berlin geboren und hatte seine medicinische Ausbildung in Berlin und Heidelberg erhalten, worauf er vom Jahre 1843 an als Prosector am Museum für vergleichende Anatomie fungirte. Im J. 1848 wurde er als Professor der Physiologie nach Königsberg berufen, folgte aber schon im nächstfolgenden Jahre einem ehrenvollen Rufe an die Universität Wien, zu deren Zierden er bis zum vorigen Jahre gehörte, wo er wegen Erreichung der gesetzlichen Altersgrenze genöthigt war, sich zur Ruhe zu setzen. Brücke's erste grosse Arbeit, welche die Aufmerksamkeit der wissenschaftlichen Welt auf sich zog, war seine «Anatomische Beschreibung des menschlichen Augapfels», die i. J. 1847 in Berlin erschien. Es folgten dann eine stattliche Reihe werthvoller Abhandlungen über die verschiedensten Fragen der Anatomie und Physiologie. Aus der Zahl seiner hervorragenden Werke wollen wir hier nur noch seine «Vorlesungen über Physiologie» hervorheben, welche auch in's Russische übersetzt sind.

Dem Hingeschiedenen sind während seiner langen Gelehrten-Laufbahn viele Auszeichnungen zu Theil geworden: bereits i. J. 1850 wurde er zum Mitgliede der Wiener Academie der Wissenschaften gewählt, mehrmals ist er Rector der Universität gewesen und i. J. 1879 wurde er zum Mitgliede des österreichischen Herrenhauses ernannt. 4) Am 30. December a. St. in Paris der bekannte Professor der Chirurgie, Dr. Richet, im 76. Lebensjahre. 5) In Bordeaux Dr. Zalewski im Alter von 111 Jahren. Bis in sein hohes Alter erfreute sich der Hingeschiedene einer seltenen körperlichen und geistigen Frische. Als Knabe hatte er die Greuel der französischen Revolution (1793) gesehen und i. J. 1812 war er mit der Napoleonischen Armee in Moskau gewesen.

— Von der Hauptverwaltung des «Rothen Kreuzes» werden in diesen Tagen mehrere Aerzte, Feldscherer und barmherzige Schwestern in's Gouvernement Ssamara entsandt, um den in vielen Dörfern am Hungertyphus Erkrankten Hülfe zu leisten.

— Wie wir seiner Zeit gemeldet haben, ist ein Preis für die beste populär gehaltene Brochüre über Syphilis, zum Gebrauch für das Volk, ausgesetzt. Von den 25 zur Bewerbung um diesen Preis eingegangenen Arbeiten hat der Medicinalrath zwei befriedigend befunden und den Verfassern derselben 1500 Rbl. zuerkannt, von denen der Landschaftsarzt des Sslobodskischen Kreises (Gouv. Wjatka), A. W. Iwanowski, 1000 Rbl. und der Arzt an der Balaschow'schen Zuckerfabrik, G. A. Nadwrozki, 500 Rbl. erhält.

— Unsere Academie der Wissenschaften hat die grosse Baer-Prämie (1000 Rbl.) dem bekannten Bakteriologen, Professor I. I. Metschnikow, welcher gegenwärtig am Pasteur-Institut in Paris arbeitet, und die kleine Baer-Prämie (400 Rbl.) dem Professor der Odessaer Universität, W. W. Salenski, für ihre werthvollen biologischen Arbeiten verliehen.

— An Spenden für das Kapital, welches zur Errichtung eines auf den Namen des verst. Prof. Botkin zu gründenden Asyls für mittellose alte Aerzte und deren Familien gesammelt wird, waren bei dem Cassirer der hiesigen Gesellschaft russischer Aerzte bis zum 10. December 1891 bereits 7529 Rbl. 28 Kop. eingelaufen.

— Vom Medicinaldepartement ist nachstehendes Circular an alle Medicinalverwaltungen versandt worden, welche es zur Kenntniss und Nachachtung aller, die es angeht, zu bringen haben: «In Anbetracht dessen, dass zuweilen Versehen vorkommen in Folge des Gebrauchs von Synonymen solcher Apothekerwaaren, welche nur in zweifelhafter Beziehung zu den verschriebenen Präparaten stehen, und aus alten, nicht allen zugänglichen Wörterbüchern herstammen, hat der Medicinalrath es für nothwendig befunden, mittelst Journal-Verfügung vom 29. October 1891 sub Nr. 513 in Erinnerung zu bringen, dass die in Dienst stehenden, wie auch die freiprakticirenden Aerzte beim Verschreiben von Recepten nicht Synonyma der erwähnten pharmaceutischen Präparate gebrauchen sollen, welche sich nicht in der russischen Pharmakopöe finden, und ferner, dass die Recepte selbst deutlich zu schreiben sind, da unvergleichlich häufiger, als durch Synonyma, durch unleserliche Handschriften Versehen herbeigeführt werden.

— Die neue Apothekertaxe für Russland ist bereits vom Medicinal-Departement im Regierungs-Anzeiger veröffentlicht worden. Dieselbe tritt an Stelle der gegenwärtig gültigen Taxe für Anfertigung der Recepte (Taxa laborum, III. Abtheilung der Apothekertaxe, Ausgabe v. J. 1881) auf Anordnung des Ministers des Innern als Richtschnur zur obligatorischen Beachtung bei der Verabfolgung von Arzneien: in St. Petersburg und Moskau — vom 1. Januar 1892, in den Gouvernements-, Gebiets- und Stadthauptmannschafts-Städten — vom 1. Juli 1892, in allen übrigen Ortschaften des europäischen Russlands und des Kaukasus — vom 1. Januar 1893 und in Sibirien und dem Transkaspi-Gebiet — vom 1. Juli 1893 ab in Kraft. Die neue Taxa laborum weist in den meisten Punkten eine erhebliche Herabsetzung der früheren Preise auf.

— Wie aus Berlin gemeldet wird, ist der Influenza-Bacillus in zwei dortigen Instituten fast zu gleicher Zeit gefunden worden, im Koch'schen Institut für Infectionskrankheiten und im städtischen Krankenhause Moabit. In dem ersten ist es der Stabsarzt Richard Pfeiffer, Dirigent der wissenschaftlichen Abtheilung des neuen Instituts für Hautkrankheiten, in dem letzteren Dr. Canon, Assistenzarzt des Directors P. Guttmann. Der betreffende sehr kleine Bacillus findet sich, wie im Moabiter Krankenhause nachgewiesen worden, bei jedem Influenzakranken im Blute zur Zeit des Fiebers und auch noch kurz nach Ablauf desselben. Im Institut für Infectionskrankheiten ist dieser Bacillus auch künstlich gezüchtet worden.

— Von der Dorpater Universität wurden im verflossenen Jahre in allen 5 Facultäten im Ganzen 548 gelehrte Grade und Würden ertheilt, darunter in der medicinischen Facultät allein 391, und zwar: die Würde eines Kreisarztes 23 Personen, der Grad eines Doctors 66, die Würde eines Arztes 35, der Grad eines Magisters der Pharmacie 7, die Würde eines Provisors 68, die Würde eines Apothekergehülfen 119, die Würde eines Dentisten 45 und die Würde einer Hebamme 29 Personen.

— Die hiesige militär-medicinische Academie beging am 18. December 1891 ihren 85. Stiftungstag mit einem feierlichen Act. Die Festrede hielt der Professor der Histologie Sawarykin über «Die Aufgabe der Biologie in Verbindung mit dem gegenwärtigen Stande der Embryologie». — Dem von dem gelehrten Secretär der Academie Prof. Nastilow verlesenen Jahresberichte entnehmen wir nachstehende Daten: Die Zahl der Studirenden betrug am 1. September 1891 — 696, nicht gerechnet die 149 Studenten, welche in dem Berichtsjahre den Cursus absolvirt haben. Ausserdem gab es 24 freie Zuhörer, Eingeborene verschiedener slavischer Länder. Das Lehrpersonal bestand aus 16 ordentlichen und 16 ausserordentlichen Professoren, 6 Assistenten bei verschiedenen Lehrstühlen, 8 Prosectoren, 44 Privatdocenten und 1 Religionslehrer. Durch den Tod hat die Academie 2 Professoren (Koschlakow und Brandt) verloren. Die Matorin-Prämie erhielt der Student Borowikow für die Bearbeitung des Themas «Die Sehnenreflexe beim gesunden Menschen» und die goldene Medaille Stud. Mereshkowski für die Lösung der Aufgabe «In welchem Zustande befinden sich die Mikroben in der Luft». Die Botkin- und die Iljinski-Prämien kamen diesmal nicht zur Vertheilung. An gelehrten Würden hat die Academie im Berichtsjahr im Ganzen 484 verliehen, und zwar die Würde eines Medicinalinspectors 1 Person, eines Kreisarztes 1 Person, eines Dr. med. 98 Personen, eines Arztes 140, eines Dentisten 19 und einer Hebamme 225 Personen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 29. December 1891 — 5863, darunter 501 Typhus —, 512 Syphilis —, 52 Scharlach —, 15 Diphtherie —, 66 Masern — und 8 Pockenkranke.

Vacanz.

Für den Flecken Bobrowizy an der Kursk-Kiew'schen Eisenbahn im Gouv. Tschernigow wird ein Arzt gesucht. Nähere Auskünfte ertheilt der örtliche Apotheker.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 22. December bis 28. December 1891.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
265	257	522	103	31	77	16	5	14	43	54	61	34	36	40	8	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 8, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 16, Scharlach 10, Diphtherie 8, Croup 4, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 17, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 1, Tuberculose der Lungen 97, Tuberculose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 30, Marasmus senilis 29, Krankheiten des Verdauungscanals 49, Todtgeborene 31.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 7. Januar.

Tagesordnung: E. Anders: Zur operativen Behandlung der Missbildungen des Rectum.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 13. Januar.

Berichtigung.

Auf Seite 34 der russ. Literatur-Beilage, Zeile 15, 21 u. 22 von unten (rechts) ist zu lesen: Jenner (statt: Senner).

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Melanie Tromberg, Вас. Остр., 4 лин., № 19, кв. 6.
Frau **Hasenfuss**, Мал. Подьяческ. д. 14, кв. 15.
Frau **Marie Kubern**, Мойка 84, кв. 19, напротивъ реформатской церкви.
Вѣра Андреевна Скорлигина, Невск. пр. 98, кв. 18.
Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.
Frau **A. M. Wiander**, В. О. 7 л. д. 6, кв. 6.
Marie Mohl, В. О. 1 л. д. 44, кв. 3.

Дозв. ценз. Спб. 9 Января 1892 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Wienecke, Katherinenhofer-Pr. № 15.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 2 St. Petersburg, 11. (23.) Januar **1892**

Aus der forensischen Praxis.

Zweifelhafte Todesursache: Trauma oder Otitis media.

Von

Dr. F. Schultz

Riga.

M. H.! Wenn ich es unternehme, Ihre Zeit durch Mittheilung eines Falles aus meiner gerichtsärztlichen Praxis in Anspruch zu nehmen, so kann ich dafür weder seine Seltenheit, noch den Aufwand an zur Klarstellung desselben erforderlich gewesenem Scharfsinn als Grund anführen, wohl aber dürfte derselbe ein lehrreiches Beispiel dafür sein, was für eine Menge Staub aufgewirbelt werden konnte durch ärztlichen Uebereifer im Verein mit kleinstädtischer Klatschsucht. Das erklatschte Familiendrama, in dessen letztem Acte auch der gerichtlichen Medicin handelnd einzugreifen beschieden war, spielte zu Beginn dieses Jahres in Walk und bestand in Kurzem aus Folgendem:

Frl. M. W. R. hatte seit frühester Kindheit an eitrigem Ausfluss aus dem rechten Ohr gelitten; sehr häufige Kopfschmerzen und intercurrente Fieberbewegungen wurden von den Angehörigen, wie üblich, durch Erkältungen erklärt. In der Schule kam sie nur langsam vorwärts, war aber sanft und munter und unter den Mitschülerinnen beliebt. Im übrigen war sie gesund; schwere Krankheiten soll sie nicht durchgemacht haben. — Ueber die letzte Krankheit, an welcher Def., 18 Jahre alt, zu Grunde ging, kann ich nach den Processacten und den Mittheilungen der Herren Collegen Folgendes referiren: Am 17. December Abends erschien der Bruder Def. beim Collegen A. mit der Bitte, ein Mittel gegen Ausfluss von Blut aus den Ohren der Schwester zu verschreiben, was auch geschah. Am 19. December wurde derselbe College zur Kranken in's Haus gebeten; er fand sie vollständig bekleidet auf dem Bette liegend und über Kopfweh und sehr heftige Schmerzen im rechten, seit jeher kranken Ohre klagend. Es wurde ein Recept verschrieben. Da der Zustand sich verschlimmerte, wurden am 21. December nach einander die Collegen B. und C. consultirt; beide constatirten recht beunruhigende Krankheitserscheinungen und zwar: starken Kopfschmerz, besonders in der Gegend des rechten Ohres, Zuckungen, Erbrechen; der College B. glaubte erheblichen Hirndruck in Folge einer Anhäufung von Flüssigkeit in der Schädelhöhle annehmen zu müssen, während College C. die angeführten Symptome durch reflectorischen Hirnreiz in Folge eitrigen Mittelohrkatarrhs erklärte; derselbe hatte den äusseren Gehörgang derartig geschwollen gefunden, dass er sich über den Zustand des Trommelfelles kein Bild zu machen vermochte; Temp. 38,3. Stuhlverstopfung. Nachdem für Behebung der letzteren gesorgt worden war, kehrte die Temperatur zur Norm zurück, das Allgemeinbefinden wurde etwas besser. Am 25. Dec. wieder Verschlimmerung, abermals Zuckungen in den Armen, die jedesmal etwa eine Minute andauerten, Kopfschmerz, schnarchende Respiration, aber ohne eigentlichen Sopor. Gleichzeitig Parese des rechten Facialis. Irgend welche anderen Paralysen, Paresen oder sonstige centrale Localsymptome bestanden nicht [1]). Die Pupillen waren gleich, reagirten prompt. Nachdem Blutegel hinter das kranke Ohr gesetzt worden waren, trat eine geringe Besserung ein. Da am 26. December der Zustand sich abermals verschlimmert hatte, wurde aus Dorpat der Specialist für Ohrenkrankheiten, College D., telegraphisch hinzugerufen. Nachdem dieser die Diagnose Otitis media purulenta bestätigt hatte, führte er die Aufmeisselung des Proc. mastoideus aus, um dem etwa angehäuften Eiter Abfluss zu verschaffen. Gleichzeitig wurden durch den äusseren Gehörgang üppig wuchernde Granulationen ausgelöffelt. Wenn auch durch die Operation unmittelbar kein Eiter zu Tage gefördert wurde, so fand sich doch am Morgen des 27. December beim Wechsel des Verbandes auf demselben eine mässige Menge stinkenden Eiters. Nun erholte sich die Kranke allmälig, die Facialparese ging langsam zurück; gegen Neujahr wurde die Kranke nur mit Mühe im Bette zurückgehalten. In den ersten Tagen des Januar stellten sich heftige Schmerzen in dem Sinus frontalis ein, gingen aber von selbst nach einigen Tagen zurück. Pat. verliess nun das Bett, um Tags über auf dem Lehnstuhle zu sitzen: die gute Laune kehrte wieder, ja einmal vermochte Pat. in einem Anfluge von Muthwillen, sich den Armen der Mutter entreissend, etwa 30 Schritte weit in's Nebenzimmer zu laufen. Nichtsdestoweniger blieb sie noch immer schwach, wenn auch die Temp. während dieser Zeit nie 38° C. überschritten hatte. Recht unerwartet traten am 14. Januar vor. Jahres Zuckungen des rechten Augapfels ein, bald darauf Unmöglichkeit die Augenlider zu schliessen, erst rechts, dann links. Dieser Zustand dauerte fort, bis ungefähr 43 Stunden später der Exitus letalis plötzlich eintrat, nachdem die Kranke noch eine halbe Stunde zuvor mit Appetit etwas Compott gegessen hatte.

Nach ihrem Tode entstand das Gerücht, Krankheit und Tod Def. seien die Folgen einer Misshandlung, welche ihr in der Nacht vom 16. auf den 17. December von ihrem Vater zuge-

[1]) Solche sind auch im späteren Verlauf der Krankheit nicht beobachtet worden.

fügt worden wäre. Dieses Gerücht nahm eine bestimmtere Gestalt an, so dass schliesslich die Staatsanwaltschaft eine gerichtliche Untersuchung anordnen musste. Natürlich wurden in erster Linie die behandelnden Aerzte als Zeugen befragt; hierbei gestattete es sich der College B., aus dem Rahmen der Zeugenschaft heraustretend, ein ausführliches Gutachten abzugeben, durch welches Krankheit und Tod Def. als durch Trauma entstanden erklärt wurden. Im Verlaufe der Voruntersuchung kam es am 18. Februar zur Exhumation und zur gerichtlichen Section, welche am 19. Februar in einem neuen Hause unweit des russischen Kirchhofs ausgeführt wurde und im Wesentlichen Folgendes ergab.

Aeussere Besichtigung:

Leiche eines etwa 18jährigen jungen Mädchens, von Mittelgrösse, schlankem Körperbau und reducirtem Ernährungszustande. Haut hellbräunlich-rosaroth, weich, glatt; kein Leichengeruch; keine Leichenstarre; die Hautdecken teigartig anzufühlen (Kälteeinwirkung). An den Fingerspitzen beginnende Mumification. Kopf symmetrisch, länglich-oval. Auf dem Gesicht beginnende Schimmelbildung. Augäpfel welk, eintrocknend. Hornhäute vollständig trübe. Bindehaut blass. Lippen sehr blass, durch zähen Schleim verklebt. Mundwinkel symmetrisch, ebenso die übrigen Gesichtszüge. Auch sonst ist der Körper wohlgebildet bis auf die Brust, welche rechts im Verlaufe der Rippenknorpelgelenke eine Depression zeigt; die Maasse der beiden Brusthälften, von der Mittellinie des Brustbeins bis zu den Dornfortsätzen gemessen, ergeben einen Unterschied von $2^1/_2$ Cm. zu Ungunsten der rechten Seite; auch die rechte Mamma ist vollständig flach, Brustdrüse nicht durchfühlbar.

Hinter der rechten Ohrmuschel eine vertikale 3 Cm. lange 4 Mm. breite Wunde, deren obere Hälfte durch feste, rothe Narbenbildung vollkommen verheilt ist. Die untere Hälfte ist mit rothen Granulationen bedeckt. Hier kann zwischen den Wundrändern die Sonde 1 Cm. tief eingeführt werden; rundumher keine vitalen Reactionserscheinungen. Haut blass. Aus der Tiefe der Wunde lässt sich zähflüssige blutige Masse hervordrücken (Operationswunde nach der Aufmeisselung). Sonst am Körper nirgend Spuren irgend welcher Verletzung.

Innere Besichtigung:

Schädelhöhle: Haut und Unterhautbindegewebe vollkommen blass. Schädelknochen hart, durchscheinend, 4—6 Mm. dick. Diploë blass. Zwischen Dura und Knochen Spuren blutigen Serums, besonders in der hinteren Schädelgrube. Die Dura lässt schmale Venen der Pia durchscheinen. Die Arteria meningea media enthält geringe Spuren von Blut. Innenfläche glatt, rosaroth mit einem Stich in's Violette. Im Längsblutleiter etwa 20 Tropfen flüssigen Bluts. In dem Querblutleiter vollkommen flüssiges Blut, ohne eine Spur von Gerinnseln. Nach Entfernung des Gehirns erscheint in keiner der Schädelgruben irgend eine Spur von Eiter oder einer sonstigen fremden Substanz; die Dura an der Basis vollkommen heil, auf dem First des rechten Felsenbeins ist die Dura leicht getrübt, grau verfärbt. Im Porus acusticus internus Eiterung. Der Knochen über Labyrinth und Mittelohr dunkelblau durchschimmernd. Nach Aufmeisselung erscheint der Knochen vom Mittelohr medianwärts eitrig infiltrirt. Schleimhaut des Mittelohrs blass. An Stelle des Labyrinths findet sich eine käsige, von Knochensplittern durchsetzte, eiterähnliche Masse; links an derselben Stelle normale Verhältnisse. Die Hirnwindungen abgeplattet. Die Venen der Pia erscheinen links als schmale, höchstens 1 Mm. breite Linien, rechts sind sie bis 4 Mm. breit. Die Hirnsubstanz von weicher, schmieriger Consistenz. Die Pia blass, von der Hirnrinde nicht mehr leicht trennbar. Links ist die grosse Hemisphäre auf den Schnittflächen vollkommen blass, die graue Substanz von der weissen kaum zu unterscheiden; alles gleichmässig blass, fast weiss. Rechts in dem Stirnlappen derselbe Befund wie linkerseits; weiter nach hinten erscheint die Hemisphäre gleichmässig grau. Das Corpus striatum normal gestaltet, der Thalamus opt. dunkelgrau, löst sich aus seiner Umgebung in Gestalt einer weichen, elastischen, etwa Hühnereigrossen Geschwulst. Nachdem diese Geschwulst herausgenommen, platzt sie, wobei sich ziemlich dicker grünlich-gelber Eiter entleert. Die Kapsel dieses Abscesses ist sonst ziemlich derb, 3—4 Mm. dick, ihre Innenfläche rauh, mit demselben grünlich-gelben Eiter bedeckt, während ihre äussere Oberfläche ebenfalls rauh, aber mit einer grauen eiterähnlichen Masse überzogen ist. Aus eben dieser grauen eiterähnlichen Masse besteht, bis auf einen geringen Rest heiler Rinde, der ganze rechte Schläfelappen. Bei genauerer Besichtigung ergiesst sich diese Masse aus zweien an der Basis des Schläfelappens sich bildenden Einrissen, deren einer an der Spitze des Schläfelappens, der andere 5—6 Cm. dahinter liegt. Die unteren Ränder der beiden Stirnlappen und rechterseits Stirn und Schläfelappen mit einander fest verwachsen, so dass eine Untersuchung der rechten Sylvi'schen Grube unmöglich ist. Das Gangliengrau rechts dunkelgraugrünlich, auch die Kleinhirnhemisphäre grünlich verfärbt. Im rechten Hinterhauptlappen, der noch so ziemlich normale Consistenz besitzt, ein Abscess von Bohnengrösse mit ziemlich dünner Kapsel, der 4. Ventrikel normal; Arteria basilaris zart, leer, mit der Varolsbrücke ziemlich fest verwachsen; letztere von einem feinen rothen Gefässnetz umsponnen. Nirgends innerhalb des Schädels Spuren stattgehabter Blutungen.

Halsorgane. In den Venen geringe Mengen flüssigen Blutes. Die Schleimhaut auf dem Kehldeckel leicht rosaroth, sonst blass, überall glatt. In Kehlkopf und Luftröhre etwas farbloser, zäher Schleim.

Brusthöhle. In den beiden Pleurahöhlen je 300 Ccm. blutig gefärbten Serums. Die Lungen frei, Oberfläche glatt. Auf den Schnittflächen erscheinen die Oberlappen hellroth, die Unterlappen dunkelrothbraun. Auf Druck entleeren sich einige Tropfen dunklen Blutes, stellenweise Spuren von feinblasigem Schaum. Im Herzbeutel etwa 50 Ccm. blutigen Serums. Wandungen glatt. Die Ostien des Herzens für 2 Fingerspitzen durchgängig. Im Herzen selbst etwas dunkles flüssiges Blut; keine Spuren von Gerinnseln. Herzmaasse: 9. 9. 5. Klappen und Endokardium zart, stark imbilirt; sonst normale Verhältnisse.

Bauchhöhle enthält etwas freie blutige Flüssigkeit. Netz mässig fettreich, bedeckt die Darmschlingen. Im Magen etwa 4 Esslöffel voll schmutzigrothen dicklichen Speisebreies, hauptsächlich aus wenig gekauten Apfelsinenscheiben bestehend; kein specifischer Geruch. Schleimhaut mit einer dünnen Schicht schmutzigen Schleimes bedeckt, sonst glatt, blass, nicht aufgelockert. Die Därme bieten nichts Bemerkenswerthes. Leber $27^1/_2$, 20, $15^1/_4$, $6^1/_2$. Kapsel glatt. Gewebe mässig fest, rothbraun. Läppchenzeichnung deutlich. Gefässe mässig bluthaltig. Gallenblase enthält etwa 40 Ccm. hellbrauner dünnflüssiger Galle. Milz $12^3/_4$, $6^1/_2$, $2^1/_2$; Kapsel glatt, Gewebe dunkelrothbraun, morsch. Nieren $12^1/_2$, 5, 3; Kapsel leicht trennbar: Oberfläche glatt; Gewebe dunkelrothbraun, mit einem Stich in's Violette. Zeichnung deutlich, normal. Harnblase leer. Geschlechtstheile virginal. — Rückenmark nicht eröffnet.

Gutachten.

Vergegenwärtigen wir uns nochmals das oben Auseinandergesetzte, so sehen wir, dass Defuncta nach einem Krankenlager, welches vom 17. December 1890 bis zum 16. Januar 1891 angedauert hatte, gestorben war. Die Krankheit begann mit einem Blutfluss aus dem schon seit Jahren kranken Ohre, welcher leider von keinem der behandelnden Collegen beobachtet worden ist; erst zwei Tage später wurde ein Arzt zur Kranken geholt. Dieser beschränkte sich auf das Verschreiben eines Receptes, folglich können bedrohliche Erscheinungen von Seiten des Ohres damals noch nicht vorgelegen haben. Wiederum zwei Tage später ärztliche Consultation, durch welche beginnender Kräfteverfall, Stuhlverstopfung, Erbrechen, Kopfschmerz, hauptsächlich aber starker Schmerz im rechten Ohre mit Anschwellung der Weichtheile des äusseren Gehörganges und intercurrentem Tremor der oberen Extremitäten constatirt wird. Es gelingt die bedrohlichen Symptome durch geeignete medicinische Maassnahmen für einige Zeit zum Weichen zu bringen. Doch bald setzen sie wieder ein. Der Krankheitszustand verschlimmert sich, es treten Erscheinungen auf, die einen chirurgischen Eingriff als unbedingt nothwendig erscheinen lassen; solche Erscheinungen waren: der unerträgliche Schmerz im rechten Ohre, drohende Paralyse des Gaumensegels, das Fieber. Auf Grundlage dieser Erscheinungen waren die Aerzte gezwungen, eine eitrige Entzündung des rechten Mittelohres mit Eiterretention zu diagnosticiren. Diese Diagnose konnte auch die Affection des weichen Gaumens und die Zuckungen in den Händen als reflectorische Erscheinungen verständlich machen. Der chirurgische Eingriff hatte nun den Zweck, dem angehäuften Eiter Abfluss zu verschaffen. Wenn nun auch die Operation den gesuchten Eiter weder in den Zellen des Zitzenfortsatzes, noch nach Auslöffelung der Granulationen im Mittelohre fand, so war sie doch nicht nutzlos ausgeführt worden, da bis zum nächsten Morgen der Eiter durch die verminderten Widerstände sich einen Ausgang verschafft hatte. Die Diagnose hatte sich durchaus bestätigt; der Eiter war übelriechend, wie solches der Fall ist, wo er wie in casu mit Luft in Berührung steht. Eine weitere Bestätigung erfuhr die Diagnose durch den Krankheitsverlauf: nach Entleerung des Eiters besserte sich der Krankheitszustand, die bedrohlichen nervösen Symptome schwanden,

die Athmung wurde frei; das Schnarchen und das Zucken in den Händen hörte auf, die Facialisparese besserte sich rasch. Somit stimmt alles mit der Diagnose; selbst die intercurrenten Anfälle wüthenden Schmerzes in der rechten Stirngegend stehen mit der diagnosticirten Grundkrankheit in einem wenn auch entfernten Zusammenhange: der alte Mittelohrkatarrh war durch die Tuba Eust. in die Nasenhöhle übergegangen, hatte chronischen Nasalkatarrh hervorgerufen, welcher unter dem Einflusse irgend welcher Schädlichkeit leicht auf die Schleimhaut des Sinus frontalis übergehen und die beobachteten Schmerzen hervorrufen konnte. Dieser Katarrh schwand, nachdem die nöthigen Maassnahmen ergriffen worden waren; auf den Krankheitsverlauf hatte er weiter keinen Einfluss. Höchstens konnte auch er eine Ursache der langsamen Reconvalescenz nach verhältnissmässig günstiger Operation sein, wo die Hauptursache in dem auch vor dem 17. December mangelhaften Ernährungszustand der Kranken lag.

Somit entsprach das klinische Bild durchaus der im Beginne der Krankheit gestellten Diagnose — bis zum 14. Januar. Da traten Krankheitserscheinungen auf, die sich nicht mehr aus der Otitis media allein erklären liessen, cerebrale Herdsymptome, die auf eine Affection des Centrums des Oculomotorius hinwiesen, wie mangelhafter Lidschluss, klonischer Krampf am rechten Bulbus. Wenn auch jetzt weder Paralysen noch Paresen, auch keine Bewusstseinsstörungen beobachtet wurden, so mussten doch diese Symptome ernstlichste Besorgniss hervorrufen. In der That erfolgte nach Verlauf von kaum 48 Stunden der Tod. Die Erklärung hierzu liefert in ausreichendem Maasse das Sectionsprotokoll, dessen bemerkenswertheste Ergebnisse folgende sind:

1. Die gut verheilende Operationswunde nach Aufmeisselung des rechten Proc. mastoideus.

2. Die Zeichen der Otitis media dextra: *a.* Verdünnung und Auftreibung der Umgebung des cariösen Ohres; *b.* die Anfüllung des Labyrinthes mit eitrig käsiger Masse und cariösen Knochensplittern: *c.* eitrige Infiltration der durch den Porus acust. int. in's Felsenbein eintretenden Nerven.

3. Chronische Leptomeningitis, Verwachsung der unteren Ränder der beiden Stirnlappen, der rechten Fossa Sylvii, möglicherweise auch Verwachsung der Pia mit der Rinde der rechten Grosshirnhemisphäre [2]).

4. Chronische Entzündung des mittleren und hinteren Drittels der rechten Grosshirnhemisphäre und der rechten Kleinhirnhemisphäre.

5. Ein abgekapselter Abscess, der Zeuge einer in früherer Zeit im rechten Thalamus opticus acut verlaufenen Encephalitis.

Alle diese pathologisch-anatomischen Erscheinungen stehen in gut nachweisbarem causalem Zusammenhang.

Im Uebrigen wäre noch auf einige negative Befunde hinzuweisen:

6. Fehlen jeder Spur irgend eines Traumas (die Difformität des Thorax ist, wenn nicht schon angeboren, so jedenfalls in frühester Kindheit entstanden).

7. Abwesenheit jeglicher Blutgerinnsel.

Der causale Zusammenhang zwischen den Sectionsergebnissen ist folgender: Durch einfache Zeugenaussagen ist festgestellt, dass Def. seit frühester Jugend an Otorrhoe gelitten. Eine solche besteht nur auf Grundlage einer Otitis media; diese geht bei mangelhafter Pflege unfehlbar auf die Knochen über, wo sie Caries hervorruft. Caries ist aber eine der häufigsten Ursachen von Gehirnabscessen, also von acuter Encephalitis. Wann letztere sich in casu abgespielt hat, lässt sich auch nicht annähernd feststellen. Jedenfalls steht fest, dass der Abscess im Thalamus schon vor Beginn der letzten Krankheit abgekapselt war: eine derartig dicke Kapsel bildet sich nicht in wenigen Wochen, zumal während einer mit — wenn auch geringem — Fieber verlaufenden Krankheit. Aller Wahrscheinlichkeit nach bestand der Abscess schon viele Jahre vor der letzten Krankheit; wenigstens weisen darauf hin die Kopfschmerzen und die «Erkältungen» (als welche wohl intercurrente fieberhafte Zustände von den Angehörigen erklärt wurden), an denen Def. so häufig gelitten haben soll. — Wenn nun nach erfolgter Abkapselung eines Abscesses der Organismus vor der directen schädlichen Einwirkung des Eiters geschützt ist, so bleibt die Eiterkapsel nichts desto weniger ein Fremdkörper, der jederzeit in seiner Umgebung Reizerscheinungen bedingen kann, welche reflectorische Fernwirkungen hervorzurufen im Stande sind. Zunächst aber wirkt ein solcher Abscess zerstörend auf seine nächste Nachbarschaft ein, indem durch immer weiter greifende chronisch entzündliche Vorgänge die Hirnmasse in einen eiterähnlichen Detritus verwandelt wird, in welchem die Eiterkapsel so zu sagen schwimmt. In vorliegendem Falle hat Def. während ihres Lebens an keinerlei Krankheiten gelitten, die auf eine schwere Hirnläsion, wie einen Abscess, hätten aufmerksam machen können; höchstens hätte sich die Existenz eines solchen vermuthen lassen, da Def. bei bestehender vernachlässigter Otorrhoe so häufig an Kopfschmerzen und den «Erkältungen» gelitten hatte. Hirnabscesse werden eben nicht all zu oft während des Lebens diagnosticirt; bekanntlich gehört ein typischer Verlauf gerade bei dieser Krankheit zu den Seltenheiten. Als eine weitere Folge der um den Abscess in Form der grauen Erweichung sich abspielenden chronischen Encephalitis ist die chronische Meningitis aufzufassen, welche, ebenfalls ohne stürmische Symptome hervorzurufen, die erwähnten Verwachsungen der Hirnlappen hervorgebracht hatte. Endlich finden wir die Spuren der letzten Exacerbation in den Veränderungen am rechten Felsenbein, welches etwas umfangreicher und weniger hart als links war, während die Eiterung auf die Nn. acusticus und facialis übergegangen war und im zerstörten Labyrinth der nicht zum Abfluss gelangte Eiter eingedickt erschien. Ein Theil des während der letzten Exacerbation angehäuften Eiters hatte nach der Operation — sei es durch den äusseren Gehörgang, sei es durch die Operationswunde — Abfluss gefunden; ein Rest war zurückgeblieben, bis zu ihm vorzudringen war nicht möglich gewesen. Dass aber der auf dem Verbandzeug vorgefundene Eiter aus dem Ohr, und nicht aus einem Hirnabscess stammte — wie der College B. behauptete —, erhellt zur Genüge, wenn man 1. die Unversehrtheit der Eiterkapsel, 2. das Fehlen irgend einer Oeffnung sowohl in den Knochen, als auch in der Dura in Betracht zieht, durch welche irgend etwas aus der Schädelhöhle hätte nach aussen abfliessen können. Zudem konnte ein aus der geschlossenen Schädelhöhle stammender Eiter niemals übelriechend sein. — Die erwähnte eitrige Infiltration der Nervenstämme ist dann weiter wohl auch die Ursache der Verschlimmerung der Krankheit während der letzten Tage gewesen. Der durch die Eiterung bedingte Reizzustand konnte an den Nervenstämmen bis zu den centralen Wurzeln fortkriechen und von dort reflectorisch einen Reizzustand des Oculomotorius auslösen, das Circulationscentrum afficiren und so plötzlichen Herzstillstand herbeiführen. Dass aber ein solcher die nächste Todesursache gewesen, wird durch die Abwesenheit jeglicher Blutgerinnsel bewiesen; denn es lässt sich doch wohl kaum annehmen, dass hier eine Dissolution des Blutes eine Gerinnung verhindert hat. Zudem konnte gewiss schon der Erweichungszustand eines so beträchtlichen Theiles der rechten Grosshirnhemisphäre an und für sich, auch ohne vorhergegangene periphere Eiterung, jederzeit

[2]) Die Unmöglichkeit, die Pia von der Rinde zu trennen, könnte ungezwungen auch als Fäulnisserscheinung erklärt werden, da auch links die Trennung nur sehr mangelhaft, mit häufigen Zerreissungen, ausgeführt werden konnte.

Zustände hervorrufen, wie sie in den letzten Tagen der Krankheit beobachtet wurden.

Es lässt sich also der ganze Krankheitsverlauf und der letale Ausgang leicht und ungezwungen erklären: die Vernachlässigung des Mittelohrkatarrhs war die Ursache der Entstehung des erst durch die Section constatirten Hirnabscesses; ebenso war Vernachlässigung die Ursache der im December 1890 eingetretenen Exacerbation; eines von beiden, möglicherweise beides zusammen, war geeignet, die an und für sich ungefährliche Krankheit zu einer tödtlichen zu machen. Trotzdem muss angesichts des Verdachtes, dass Def. in Folge der am Vorabend der Erkrankung erhaltenen Schläge zu Grunde gegangen, die Möglichkeit einer solchen Entstehungsursache in Betracht gezogen werden, zumal da letztere von einem der behandelnden Aerzte, dem Collegen B., in seiner Zeugenaussage unterstützt wird.

Aus den Processacten ist zu ersehen, dass gegen Morgen des 17. December der Vater Defunctae zu Letzterer in's Schlafzimmer gegangen, worauf sehr bald Schreien und Hilferufe der Tochter vernommen wurden. Was zwischen Vater und Tochter vorgegangen, hat die Untersuchung nicht aufgeklärt. Im Laufe des 17. December ist Def. von vielen Zeugen in der Bude gesehen worden, wo sie gewohnter Maassen der Kasse vorstand. Keiner der Zeugen erwähnt, dass er an ihr irgend eine Veränderung bemerkt, ebensowenig hat irgend Jemand Spuren von Schlägen an ihr wahrgenommen. Solche sind auch nicht gesehen worden von den Collegen, welche Def. am 19. und 21. untersuchten. Schliesslich hat auch die Section nichts ergeben, was auf stattgehabte Körperverletzung hätte hinweisen können. Es kann also das Factum stattgehabter Körperverletzung nicht als bewiesen hingestellt werden.

Doch angenommen, eine Körperverletzung habe stattgefunden, so entsteht die Frage, ob sich eine solche Annahme durch den Krankheitsverlauf stützen lässt? Von irgend welchen gewichtigen, durch nachbleibende Spuren augenfälligen Verletzungen kann gar keine Rede sein. Spuren hätten, wenn auch nicht die Angehörigen und sonstige Zeugen, so doch die Aerzte sehen müssen, endlich hätte die Section solche aufgedeckt. Es erübrigt also die Annahme, die Körperverletzung habe keinerlei Continuitätstrennungen, also auch keine Blutaustretungen gesetzt, sei aber doch geeignet gewesen, eine Gehirnerschütterung hervorzurufen. Dem gegenüber steht aber die Erfahrung, dass die schwersten Folgen der Gehirnerschütterung sich unmittelbar an das Trauma anschliessen, und, wenn sie nicht direct zum Tode führen, allmälig spurlos verschwinden. Im vorliegenden Falle ist Def. einige Stunden, nachdem ihr das Trauma hätte zugefügt werden können, schon bei der gewohnten Arbeit, folglich kann jenes nicht die Ursache der Krankheit gewesen sein. Als erstes Krankheitssymptom erscheint erst am Abend des 17. December die Blutung aus dem kranken Ohr; leider liegt hierfür keine ärztliche Bestätigung vor. Jedenfalls kann diese Blutung keine beträchtliche gewesen sein, da von den Angehörigen der Arzt nicht ins Haus gebeten wird, sondern man sich mit einem in absentia der Kranken verschriebenen Recepte begnügt. Doch auch diese Blutung kann nicht eine Folge des etwa zugefügten Trauma sein, eine solche wäre doch dem Trauma sehr bald gefolgt und hätte, wenn sie nur einigermaassen erheblich geworden wäre, schon viel früher ärztliche Hilfe nöthig gemacht. Nun lässt sich ja nicht abstreiten, dass Schläge auf den Kopf Blutungen aus einem kranken Ohr hervorrufen können; es lässt sich ferner nicht abstreiten, dass bei sehr geringen äusserlichen Symptomen sehr bedeutende Blutungen in die Schädelkapsel hinein erfolgen können, diese hätten aber doch sehr bald nach dem Trauma Symptome setzen müssen und wären jedenfalls bei der Section nachgewiesen worden; solche verschwinden ja nicht so rasch, wie aus Weichtheilen; dass aber, wie der College B. anzunehmen geneigt schien, ein solcher Bluterguss gleichzeitig mit dem Eiter am 27. December hätte entleert werden können, ist unmöglich, weil einfach bei der Section keine Oeffnung gefunden wurde, durch welche eine solche Entleerung hätte statthaben können. Ausserdem war der entleerte Eiter nicht blutig, und wenn er auch blutig gewesen wäre, so hätte das noch lange nicht die incriminirte Provenienz bewiesen, sondern hätte sich sehr leicht durch Blutung aus den das Mittelohr ausfüllenden Granulationen erklären lassen. Im Gegentheil, die den Krankheitsverlauf eröffnende Blutung erklärt sich leicht, wenn man sich dessen erinnert, dass bei jedem vernachlässigten Katarrh des Mittelohres dieses mit Granulationen ausgekleidet ist, welche bekanntlich auch ohne nachweisbare Ursache zu Blutungen geneigt sind. Gewiss hätte auch ein gegen das rechte Ohr geführter Schlag eine solche Blutung hervorrufen können, doch dann wäre sie, wie schon oben erwähnt, unmittelbar nach dem Trauma aufgetreten; im vorliegenden Falle wurde aber erst nach Ablauf des Tages ärztliche Hilfe gesucht; folglich kann ein causaler Zusammenhang zwischen der Blutung und irgend welchem Trauma nicht constatirt werden. Die Blutung ist vielmehr als ein Anfangssymptom der imminenten Entzündung aufzufassen. Solche Entzündungen können jederzeit einen vernachlässigten Katarrh des Mittelohres compliciren, in Folge Eindringens von Entzündungserregern, ohne dass irgend eine Gelegenheitsursache nachweisbar gewesen wäre; durchaus nicht immer ziehen diese Entzündungen einen tödtlichen Ausgang nach sich; dass sie in diesem Falle zu letalem Ausgange führten, war durch Ursachen bedingt, die erst durch die Section aufgedeckt wurden. Ein Zusammenhang also zwischen der letzten Krankheit und dem — möglicher Weise — in der Nacht vom 16. auf den 17. Decbr. der Verstorbenen zugefügten Trauma erscheint zum mindesten unwahrscheinlich. Und so komme ich zu folgendem Schluss:

1) Def. verstarb an reflectorischer Herzlähmung, welche sowohl durch den verbreiteten chronischen Entzündungsprocess in der rechten Hirnhälfte, als auch durch die eitrige Infiltration des Acusticus und Facialis, vielleicht auch durch beides zusammen bedingt sein konnte. Sowohl die Hirnerweichung um den abgekapselten Abscess, als auch die Eiterinfiltration der Nervenstämme sind auf denselben Krankheitsprocess, den vernachlässigten Mittelohrkatarrh, zurückzuführen, wobei constatirt werden muss, dass die Hirnerweichung sehr alten Datums, die Eiterinfiltration erst in letzter Zeit entstanden ist.

2) Alle Krankheitserscheinungen, ebenso der letale Ausgang erklären sich leicht und ungezwungen, ohne dass man genöthigt wäre, ein Trauma als Entstehungsursache anzunehmen.

3) Die Obduction hat keine Spuren oder Folgeerscheinungen eines Trauma nachgewiesen. Wenn ein solches dem Beginn der Krankheit vorhergegangen, so ist es ohne Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf der Krankheit gewesen.

Der Process ist von der Staatsanwaltschaft niedergeschlagen worden.

Ueber die Wirkung der Ureterenunterbindung auf die Absonderung und Zusammensetzung der Galle.

Aus Prof. A. Popow's therapeutischer Klinik an der militär-medicinischen Akademie.

Eine vorläufige Mittheilung von

Dr. M. Michailow.

Prof. Popow hat in seiner Experimentalarbeit «Ueber die Folgen der Unterbindung der Ureteren und Nierenarterien bei Thieren im Zusammenhang mit einigen an-

deren pathologischen Processen» [1][2]) ausser verschiedenartigen Veränderungen in der Leber, in den Nieren und im Gehirn auf die ziemlich beträchtliche Harnstoffanhäufung in der Leber hingewiesen. Dieses liess von selbst den Gedanken aufkommen, ob sich dieser Stoff nicht unter den erwähnten Bedingungen auch im Drüsensecret d. h. in der Galle befinde; das schien auch deshalb sehr wahrscheinlich, weil derselbe Autor in der Galle von Vögeln unter denselben Bedingungen eine ungeheure Anhäufung von harnsauren Salzen fand.

Prof. Popow schlug mir vor, die Lösung dieser Frage, so wie auch überhaupt das Studium der Veränderung der Gallensecretion unter dem Einfluss der oben erwähnten Bedingungen zu unternehmen.

Die Versuche, die ich im Juni 1891 begann, wurden hauptsächlich an Hunden gemacht.

Vor den Experimenten wurde bei den Thieren eine Zeit lang eine bestimmte Diät eingehalten.

Im Allgemeinen können meine Versuche in zwei Hauptgruppen eingetheilt werden. Zur ersten Gruppe gehören diejenigen, wo bei den Versuchsthieren gleichzeitig eine Gallenfistel angelegt und die Ureteren unterbunden wurden; zur zweiten — Controllversuche, wo nur eine Gallenfistel angelegt wurde und die Thiere gar keine Nahrung bekamen. Die letzte Bedingung wurde deshalb in die Controllversuche eingeführt, weil Thiere mit unterbundenen Ureteren gewöhnlich Speise und Getränk verweigern.

Die Operationen wurden unter Morphiumnarkose ausgeführt. Die Unterbindung der Ureteren wurde nach den allgemein bekannten Regeln unter Eröffnung der Bauchhöhle in der Linea alba gemacht. Die Gallenfisteln wurden ebenfalls in den Hauptzügen nach der allgemeinen Regel für die Anlegung von temporären Fisteln angelegt. Beide Operationen, wo sie bei einem Thiere gemacht wurden, wurden eine gleich nach der anderen ohne Intervall ausgeführt, zuerst eine Gallenfistel angelegt und dann die Ureteren unterbunden. Die Galle wurde vom Moment der Fistelanlegung bis zum Tode des Thieres ununterbrochen gesammelt. Die Galle wurde in einzelnen in 12stündigen oder öfters in 24stündigen Intervallen gesammelten Portionen analysirt. Die Galle sammelte sich in besonderen Kautschukrecipienten an; die letzteren waren fest an die Canülen angebunden, durch welche die Galle aus der Gallenblase abfloss. Hauptsächlich wurden untersucht — Gallenmenge, Reaction, specifisches Gewicht, Farbe, fester Rückstand, gallensaure Salze, Harnstoff- und überhaupt Stickstoffgehalt.

Die Taurocholsäure wurde entweder direct bestimmt nach einem speciellen für diesen Stoff angegebenen Verfahren (von Hoppe-Seyler), oder indirect und zwar nach Behandlung des festen Rückstandes mit Alkohol und Aether, wobei noch andere Stoffe bestimmt wurden (Cholestearin, Fette, Lecithin u. s. w.). Der Harnstoff wurde zuerst nach Hoppe-Seyler untersucht und dann nach der Stickstoffmenge bestimmt (in Borodin's Apparat); dabei wurde zur vorläufigen Entfernung der Extractivstoffe das in diesem Falle etwas modificirte Verfahren von Biasson zur Entfernung der Extractivstoffe aus dem Harn angewandt. Der Gesammtstickstoff der Galle wurde nach dem Verfahren von Kjeldal-Borodin bestimmt; die Stickstoffmenge der Extractivstoffe nach der Differenz zwischen dem Gesammtstickstoff und dem Stickstoff des Harnstoffs.

Die Resultate, zu denen ich gekommen bin, sind im Allgemeinen folgende:

1) Die Gallenmenge bei Thieren mit unterbundenen Ureteren nimmt im Allgemeinen im Vergleich mit unter gleichen Bedingungen hungernden Thieren zu.

2) Die Menge des festen Rückstandes und das specifische Gewicht der Galle sinkt.

3) Die Reaction wird neutral (bei absolutem Hungern fand ich sie alkalisch).

4) Taurocholsäure verschwindet aus der Galle und zwar in sehr kurzer Zeit.

5) Harnstoff, welcher in normaler Galle in minimalen, kaum merklichen Quantitäten oder selbst gar nicht gefunden wird, tritt in der Galle von Thieren mit unterbundenen Ureteren in beträchtlicher Menge auf.

6) Die Pigmentmenge nimmt sehr bedeutend ab.

7) Die Menge des Gesammtstickstoffs nimmt ab.

8) Die Stickstoffmenge der Extractivstoffe sinkt sehr stark.

Näheres sowohl über die Versuche selbst, als auch über die hier mitgetheilten Resultate und ferner noch einige andere nicht uninteressante Thatsachen werde ich in der nächsten Zeit in extenso publiciren.

[1] Protokolle der Gesellschaft russischer Aerzte. 1880.
[2] Ueber die Folgen der Unterbindung der Ureteren und der Nierenarterien bei Thieren etc. Virchow's Archiv 1880, Bd. 82.

Referate.

R. Pfeiffer: Vorläufige Mittheilung über die Erreger der Influenza. (D. Med. Wochenschr. 1892. Nr. 2.)

Bei 31 Influenzafällen, von denen 6 zur Section kamen, fand Pfeiffer in dem charakteristischen Bronchialsecret in ungeheurer Menge einen winzigen Bacillus von der Dicke des Mäusesepticämiebacillus. Derselbe fand sich in complicirten Influenzafällen in «absoluter Reincultur», bei Pat., die schon vorher krank waren, neben anderen Mikroorganismen (z. B. Tuberkelbacillen). Bei Bronchialkatarrhen, Phthise und Pneumonie wurde der Bacillus nicht gefunden. Er farbt sich mit basischen Anilinfarben schwer, besser mit verdünnter Ziehl'scher Lösung oder heissem Löffler'schem Methylenblau; dabei nehmen die Endpole der Bacillen den Farbstoff intensiver auf, so dass Verwechslung mit Streptokokken leicht möglich ist. Nach Gram lässt sich der Pfeiffer'sche Bacillus nicht färben. Auf $1\frac{1}{2}\%$ Zuckeragar erhält man kleinste, mit der Lupe sichtbare Colonien in Form wasserheller Tropfen. Uebertragungen ergaben nur bei Affen und Kaninchen positive Resultate. W. Beckmann.

S. Kitasato: Ueber den Influenzabacillus und sein Culturverfahren. (D. Med. Wochenschr. 1892. Nr. 2.)

Nach einem noch nicht veröffentlichten Verfahren von Koch gelang es Kitasato direct aus dem Sputum Influenzakranker Reinculturen des Influenzabacillus zu erhalten. Auf schräg erstarrtem Glycerinagar präsentiren sich die Colonien als kleine wassertropfenähnliche Punkte. Die einzelnen Colonien bleiben stets getrennt von einander und fliessen nicht zusammen. Dieses charakteristische Verhalten unterscheidet die Influenzabacillen von anderen Bakterien. Auf Gelatine konnte K. sie leicht fortzüchten. W. Beckmann.

P. Canon: Ueber einen Mikroorganismus im Blute von Influenzakranken. (D. Med. Wochenschr. 1892 Nr. 2).

In Deckglastrockenpräparaten vom Blut Influenzakranker fand C. einen mit dem Pfeiffer'schen identischen Bacillus nach folgender Färbemethode. Die Gläschen wurden 3—6 Stunden im Brütschrank bei 37° C. in folgender Farbstofflösung gehalten: Concentrirte wässrige Methylenblaulösung 40,0 $\frac{1}{2}\%$ spirituöse Eosinlösung 20,0 Aq. destill. 40,0; darauf in Wasser abgespült, getrocknet und in Canadabalsam untersucht. Der Bacillus färbt sich blau, die rothen Blutkörperchen roth, die farblosen blau. Bei schwacher Färbung erscheint der Bacillus als kleiner Diplococcus, bei starker als kurzes Stäbchen. In 6 Fällen fand er sich im Blut während oder kurz nach dem Temperaturabfall. In einigen klinisch zweifelhaften Fällen konnte Verf. auf Grund seiner Blutpräparate die Diagnose Influenza stellen. Culturversuche und Uebertragung des Bacillus auf Mäuse blieben ohne Resultat. W. Beckmann.

Richard Seifert und Fritz Hölscher: Ueber die Anwendung von Guajacolcarbonat bei Tuberculose. (Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 51).

Die Ursache der widerspruchsvollen Erfahrungen der einzelnen Kliniker bezüglich der Wirkung des Creosots bei Tuberculose sehen Verff. darin, dass das Creosot ein unreiner Stoff ist, keine einheitliche chemische Verbindung, vielmehr ein Gemisch, welches neben sehr wechselnden Mengen von Guajacol beträchtliche Quantitäten der giftigen Creosote und

Derivate des giftigen Pyrogallols enthält. Auch das von Sahli empfohlene Guajacol ist durchaus nicht als chemisch rein zu bezeichnen. Beide Mittel, sowohl Creosot, als auch sein Ersatzmittel – das Guajacol üben als carbolähnliche Körper auf die Schleimhäute des Verdauungscanals eine Reizwirkung aus. Bourget constatirte sogar an den Stellen, wo sich eine Creosotkapsel entleert hatte, circumscripte Entzündungen. Verff. haben nun ein chemisch reines Präparat dargestellt — das Guajacolcarbonat und sind mit diesem Mittel sehr zufrieden. Zunächst wurde diese Substanz im Drei-Königen-Hospitale (in Mülheim a. Rhein) angewandt. Von September v. J. bis jetzt wurden 60 Phthisiker in den verschiedenen Stadien der Krankheit damit behandelt. Zunächst wurde 1—2 Mal täglich 0,2—0,5 Gramm gereicht, allmälig wurde dann die Dosis bis auf 6,0 Gramm pro die erhöht. Alle Kranken, darunter auch 2, welche Creosot stets erbrachen, haben das Guajacolcarbonat sehr gut vertragen und gerne genommen, es verursachte absolut kein Unbehagen. Die Wirkung des Mittels machte sich bald geltend. Die Patienten bekamen einen starken Appetit, das Körpergewicht nahm rasch zu. Die Hustenanfälle milderten sich, der Auswurf nahm eine mehr schleimig-eitrige Beschaffenheit an und wurde geringer; auch die Nachtschweisse hörten auf. Objectiv wurde eine Verminderung, sogar völliges Verschwinden der Rasselgeräusche constatirt. Leichte Dämpfungen hellten sich überraschend schnell auf, der Auswurf enthielt viel geringere Mengen von Bacillen, als zuvor. Die mitgetheilten Krankengeschichten, welche im Original nachzulesen sind, demonstriren den evidenten Nutzen des neuen Mittels. Abelmann.

Brunner. Ein Beitrag zur Behandlung des Echinococcus alveolaris hepatis. (Münchener med. Wochenschr. 1891, Nr. 29).

Es handelt sich um den ersten durch Operation geheilten Fall von multiloculärem Leberechinococcus. Bisher ist die Operation nur 3 Mal versucht worden, endete aber immer mit dem Tode des Kranken. Die angewandten Methoden waren Punction, Simon'sche Doppelpunction und zweizeitiger Schnitt.

Die Brunner'sche Patientin, 27 Jahre a., wurde wegen Schwerathmigkeit, Schmerzen in der rechten Brustseite, Frösteln und Herzklopfen im April 1889 in das Münchener Krankenhaus aufgenommen. Es waren keine Zeichen einer Leberkrankheit, namentlich auch kein Ikterus vorhergegangen. Es fand sich auf der rechten Seite der Brust eine Dämpfung, die vorn von der 4. Rippe, hinten 3 Querfinger unterhalb des Angulus scapulae begann; das Respirationsgeräusch aufgehoben, das Herz nach links aufwärts verschoben, die Leber überragte den Rippenrand um 2 Querfinger, die Lebergegend vorgewölbt, etwas druckempfindlich. Bei der Probepunction in der hinteren Axillarlinie entleerte sich Eiter. Die Diagnose wurde auf ein abgesacktes eitriges Pleuraexsudat gestellt.

Am 23. Aril 1889 Operation. Nach der Resection der 8. Rippe und Eröffnung der Pleurahöhle erweist sich diese nur mit wenig seröser Flüssigkeit gefüllt; das Zwerchfell wölbt sich stark nach oben. Es wird in die Wunde eingenäht, durchschnitten und der im rechten Leberlappen befindliche Abscess eröffnet. Es entleeren sich ausser Eiter kalkige Concremente und ein grösserer Membranfetzen. Die Abscesswand besteht aus derben wulstigen Gewebsmassen, deren mikroskopische Untersuchung älteres und jüngeres Bindegewebe mit eingebetteten charakteristisch geschichteten Chitinhäuten erweist. — Die Abscesshöhle zeigte wenig Tendenz zur Verkleinerung, trotz wiederholter Excisionen der derben Grenzmembran. Nach 4wöchentlicher energischer Salicylbehandlung (es wurden 3—4 Esslöffel reiner Salicylsäure in die Höhle geschüttet) granulirte der Abscess, in ausgeschnittenen Gewebspartikeln waren keine Echinococcusmembranen mehr nachweisbar. Sie traten aber im Marz 1890 wieder auf. Jetzt wurde die Wunde erweitert, die schwartige granulirende Abscesswandung möglichst vollständig mit Scheere und Messer ausgeschnitten und die ganze Höhle mit dem Thermokauter energisch ausgebrannt. Die mikroskopische Untersuchung der excidirten Gewebspartie ergab reichlich Echinococcusblasen, in der Umgebung Granulationsgewebe. Der weitere Verlauf war durch eine starke Nachblutung, acute Nephritis und Bronchitis complicirt; schliesslich erfolgte aber doch Anfang 1891 vollständige Heilung, die bis zum Juli d. J. noch vorhielt. Wanach.

Hösel (Hubertusburg): Die Centralwindungen im Centralorgan der Hinterstränge und des Trigeminus. (Aus den Sitzungsberichten der Naturf.-Versamml. in Halle, 1891. Centralbl. für Nervenheilkunde 1891, October).

Die bei diesem Vortrage demonstrirten Präparate stammen von einem Gehirn, das einen porencephalischen Defect in den Centralwindungen der linken Gehirnhemisphäre trägt. Vortragender kommt nach Untersuchung des Gehirns und Rückenmarkes zu folgenden Schlüssen:

1) Die Centralwindungen sind ausser mit den Vorder- und Seitensträngen des R. M. (Py. bahn Flechsig's) mit einer zweiten langen Bahn direct, ohne Einschaltung grauer Substanz mit den contralateralen Hinterstrangskernen verbunden, die beim Menschen bisher unbekannt war. Sie sind demnach ein Rindencentrum für die Hinterstränge.

2) Ein bestimmter Theil der Trigeminusfasern endet in den Centralwindungen der anderen Seite, was bisher noch unbekannt war. Letztere sind demnach auch ein Rindencentrum für den Trigeminus.

3) In der Schleife verlaufen Vorder-Seitenstrangfasern.

4) Die Centralwindungen verbindet eine Bahn mit der contralateralen Kleinhirnhemisphäre, die durch den rothen Kern derselben und den Bindearm der anderen Seite läuft.

5) Sind die aus den Hinterstrangkernen entspringenden und in der Schleife verlaufenden degenerirten Fasern des demonstrirten Präparates sensibler Natur, dann ist es auch ihr Rindencentrum. Die Centralwindungen sind demnach, wenn nicht ausschliesslich, so doch zum grossen Theil zugleich ein sensibles Rindencentrum. Jedenfalls stellen sie nicht mehr allein die «motorische Rindenzone» dar.

6) Hierfür spricht auch das Verhalten des Trigeminus.

7) Welche Sensibilitäts-Qualität an diese degenerirten Fasern und ihr Centrum gebunden ist, ist nicht sicher, höchst wahrscheinlich der Muskelsinn, sicher nicht subjective Schmerzempfindung und die grobe Berührungssensibilität.

8) Die zerstörten Trigeminusfasern haben für das Gesicht dieselbe functionelle Bedeutung, wie die degenerirten, aus den Hinterstrangkernen stammenden Fasern für die Extremitäten.

9) Der vorliegende Fall liefert einen anatomischen Nachweis zu den experimentellen Arbeiten Hitzig's, Fritsch's Munk's etc. Kallmeyer.

Oppenheim; Allgemeines und Specielles über die toxischen Erkrankungen des Nervensystems. (Naturf.-Versammlung in Halle 1891. Centralblatt f. Nervenheilkunde. October).

In dieser Mittheilung behandelt Vortragender die bisher wenig beobachteten Lähmungsformen, welche durch combinirte Wirkung mehrerer Gifte herbeigeführt werden. Die Dosis des einen Giftes braucht hierbei keine toxische zu sein, um zu einer Erkrankung des Nervensystems zu führen, wenn sich die Wirkung eines anderen Virus hinzugesellt. Durch solche Addition der Intoxicationssymptome z. B. bei chron. Blei- u. Alkoholintoxication entständen enorme differentialdiagnostische Schwierigkeiten. Auch Infectionskrankheiten erweisen sich besonders wirksam in der Erzeugung nervöser Erkrankungen bei Personen, die berufsmässig mit der Verarbeitung von Giftstoffen zu thun hatten.

Auch 2 in disseminirten Herden auftretende Krankheitsformen können toxisch-infectiösen Ursprung haben. 1) Die disseminirte Myelitis resp. Myeloencephalitis nach Infectionskrankheiten, 2) die disseminirte Sklerose nach Infectionskrankheiten.

Endlich kann eine indirecte Beeinträchtigung des Nervensystems durch toxische Producte dadurch veranlasst werden, dass eine allgemeine Anämie und Kachexie entsteht. — Ferner weist Redner darauf hin, dass die Gifte das Nervensystem empfänglicher machen für andere Schädlichkeiten, so für Trauma, und schliesslich schaffe Alkohol- und chronische Blei-Intoxication eine entschiedene Prädisposition für die Beschäftigungs-Atrophien und professionellen Paresen. Kallmeyer.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

J. Boas: Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. I. Theil. Allgemeine Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. Zweite neu bearbeitete Auflage. Leipzig, Georg Thieme 1891.

Die erste Auflage des oben bezeichneten Werkes wurde im Laufe eines Jahres vergriffen. Bei der nicht geringen Zahl von Büchern, welche die Krankheiten des Magens behandeln, spricht dieser Erfolg allein genügend für die Brauchbarkeit und Güte des Buches. In der zweiten Auflage ist besonders der Abschnitt betreffend die allgemeine Therapie umgearbeitet und erweitert worden, doch ist auch sonst überall auf die allerneuesten Arbeiten Rücksicht genommen.

Nach einer Einleitung über Anatomie und Physiologie des Magens behandelt Verfasser die allgemeinen Untersuchungsmethoden, unter denen naturgemäss die chemischen Methoden den grössten Raum beanspruchen. Die Methoden der quantitativen Salzsäurebestimmung werden einzeln aufgezählt und beschrieben; in einem Resumé findet der Leser die kritische Stellungsnahme des Verfassers zu denselben. In zwei Capiteln wird darauf die diagnostische Bedeutung der Harn- und Blutuntersuchung bei Magenkrankheiten besprochen, worauf der schon oben erwähnte sehr lesenswerthe Abschnitt über allgemeine Therapie den Schluss bildet.

Das Buch bedarf wohl kaum einer Empfehlung; es enthält die praktischen Erfahrungen eines auf dem Gebiet der Magenkrankheiten wissenschaftlich gut bekannten Autors. Dem binnen Jahresfrist versprochenen zweiten Theil über specielle Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten sehen wir mit Spannung entgegen. W. Beckmann.

Le Laboratoire de Toxicologie. Methodes d'expertises toxicologiques; Travaux du Laboratoire par P. Brouardel, doyen de la faculté de Médecine de Paris et J. Ogier, directeur de Laboratoire. Paris, Baillière et fils 1891, Gr. 8°, 224 pp., avec 25 fig.

Da in Paris die Pharmacie nicht zur med. Facultät gerechnet wird, so dürfte jeder Unbefangene unter dem Titel «toxikologisches Laboratorium, hsgbn vom Decan der med. Facultät» ein Buch erwarten, welches die zum Nachweis der Gifte in pharmakologischen Instituten üblichen physiologischen, pathologisch-anatomischen und chemischen Methoden enthält. Leider erfüllt der Inhalt dieses Buches derartige Hoffnungen nur zum dritten Theil, denn es ist meist nur von chemischen Methoden die Rede und auch von diesen nur soweit sie sich auf die allergewöhnlichsten Gifte beziehen. Die dabei angewandten analytischen Methoden sind, wie übrigens auch gebührend mehrfach hervorgehoben wird, meist dem Buche von Prof. Dragendorff entlehnt. Die Bilder scheinen für Nichtfachmänner berechnet zu sein, denn was lernt der Fachmann aus einem vor das Spektroskop gehaltenen Reagensglas? Was aus einer Quecksilberluftpumpe, noch dazu da dieselbe hinter den von Geppert angegebenen modernen Formen zurückbleibt?

Im Uebrigen ist der Inhalt des Buches für Specialisten auf dem Gebiete der gerichtlich-chemischen Untersuchungen nicht ohne Interesse; für Mediciner ist besonders ein Aufsatz «sur une épidémie d'intoxication saturnine causée par les farines» wichtig, indem er zeigt, dass noch heutzutage selbst in sehr civilisirten Ländern in Mühlen das Getreide mit Blei verunreinigt werden kann. Während in früheren Fällen sich meist mit Blei ausgegossene Mühlsteine als die Ursache des Bleigehaltes des Mehles herausgestellt haben, handelte es sich hier um einen Elevateur aus 21 Schöpfeimern, von denen 12 aus Zinn, aber 9 aus verbleitem Eisenblech bestanden.

Ein Artikel über den spektrophotometrischen Nachweis des Kohlenoxydes ist recht interessant, würde aber viel lehrreicher sein, wenn die beweisenden Spektralbilder und der ganze Apparat nicht nur nach einer Pariser These citirt, sondern abgebildet wäre. Nur dann würde der Leser im Stande sein sich eine Vorstellung darüber zu machen, ob der von Dupré erfundene, hier benutzte Apparat besser ist als der von Hüfner und Vierordt. (Hüfner wird übrigens als Kuffner irrig angeführt).

Bei einer Untersuchung über den Eiweissgehalt von Leichenharn kommen Vibert und Ogier zu dem uns nicht unbekannten Ergebniss, dass der Harn beliebiger Leichen sehr häufig Eiweiss enthält, und zwar um so mehr, je länger die Leiche liegt. Unsere Autoren sprechen sich dafür aus, dass dieses Eiweiss aus den Wandungen der Harnblase stammt.

Eine Studie «sur l'asphyxie de cause mecanique» von Patenko ist für Gerichtsärzte nicht ohne Wichtigkeit.

Kobert.

Wissenschaftliche Verhandlungen der Dorpater medicinischen Facultät.

Sitzung am 28. Novbr. 1891.

Vorsitzender Herr R. Thoma.
Berichterstatter Herr R. Kobert.

1. Herr Dehio berichtet über Untersuchungen, welche unter seiner Leitung von Dr. C. Tomberg zur Kritik des Fleischl'schen Haemometers angestellt worden sind und den Zweck hatten, diesen Apparat auf seine Tauglichkeit zu klinischen Untersuchungen zu prüfen und die mit dem Gebrauch desselben verknüpften Fehler festzustellen. Aus diesen Untersuchungen ergiebt sich, dass die Angaben des Haemometers in der That mit einem constanten Fehler behaftet sind; letzterer muss empirisch für jeden einzelnen Apparat festgestellt werden, da die Fehler bei den verschiedenen Apparaten nicht gleich sind. Der Apparat, welcher v. Neubert und Lezius zu ihren Untersuchungen (cfr. die Dissertationen der Genannten und Dehio's Aufsatz in Nr. 1 der Petersb. medic. Wochenschr. v. J. 1891.) benutzt wurde, ergab nach Tomberg's Prüfung einen fortschreitend zunehmenden Fehler, so dass bei einem Blut, welches 90% des normalen Hämoglobingehaltes besitzt, durchschnittlich 89,6% angegeben werden, also ein Fehler von — 0,4 entsteht. Die Fehlerreihe ist folgende:

bei 90%	der Norm	durchschnittlich	— 0,4%	Fehler.
» 80%	»	»	— 1,4%	»
» 70%	»	»	— 2,8%	»
» 60%	»	»	— 3,6%	»
» 50%	»	»	— 4,5%	»
» 40%	»	»	— 5,2%	»
» 30%	»	»	— 5,4%	»
» 20%	»	»	— 5,5%	»

Bei einem Blut, das z. B. nur noch 33% des normalen Hämoglobingehaltes besitzt (also etwa 4,0 Gr. Haemoglob. statt 12,0 Gr. in 100,0 Gr. Blut enthält), ergiebt das Haemometer die Zahl 27,7 statt der Zahl 33.

Diese aus einer grosseren Untersuchungsreihe eruirten Zahlen, nach denen die Ablesungen am Apparat corrigirt werden müssen, stimmen mit den schon von Lezius und Neubert festgestellten und benutzten Correcturzahlen gut überein, so dass die von jenen Autoren gemachten Angaben in allen Stücken aufrecht erhalten bleiben.

Andrerseits kam es darauf an, die Breite der Fehlerschwankungen festzustellen, welche nach der Correctur des constanten Fehlers, für den sich nur Mittelwerthe angeben lassen, noch übrig bleiben. In 90% aller Fälle überschreiten die Fehlerschwankungen nicht den Werth von zwei Theilstrichen der Fleischl'schen Scala (=2% des normalen Haemoglobingehaltes des Menschenblutes) nach der positiven oder negativen Seite, keinen Falles aber reichen die Grenzen der Schwankungen weiter als bis 4,3% nach der positiven und 3,9% nach der negativen Seite. Diese letztgenannten starken Abweichungen finden sich übrigens nur bei sehr blassem Blut, in dem nur noch weniger als 60% des normalen Hämoglobingehaltes vorhanden sind. Bei so hämoglobinarmem Blut sind die grösseren Fehler aber weniger störend, als bei hämoglobinreicherem Blut.

Tomberg kommt deshalb mit Recht zu folgendem Schluss: «Dem Kliniker wird es in den meisten Fällen nicht darauf ankommen, geringere Veränderungen des Hämoglobingehaltes festzustellen, denn solche sind, nach unsern bisherigen Erfahrungen klinisch belanglos; wo aber bedeutende Verarmung des Bluts an Hämoglobin vorhanden ist, da gestattet das Fleischl'sche Hämometer immerhin derartige Veränderungen mit genügender Sicherheit festzustellen, um klinische und diagnostische Schlüsse zu ziehen.» — Conditio sine qua non aber ist, dass jeder Beobachter für seinen Apparat nach der von Tomberg angewandten Methode die constanten Fehler empirisch feststellt und späterhin diese Fehler stets corrigirt, so oft er den Apparat gebraucht.

2. Herr Thoma über das elastische Gewebe der Arterienwand und seine Veränderungen bei Arteriosklerose und arteriosklerotischem Aneurysma.

Die Untersuchungen des Vortragenden, welche im Archiv für pathologische Anatomie, in der Deutschen Medicinischen Wochenschrift (1889) und an anderen Orten im Laufe der letzten acht Jahre veröffentlicht wurden, haben unter Anderem gezeigt, dass eine weitverbreitete Aneurysmaform in nächster aetiologischer und histogenetischer Beziehung zur Arteriosklerose steht. Es ist dadurch die alte, vielfach bezweifelte Lehre vom arteriosklerotischen Aneurysma, welche sich im Wesentlichen nur auf die sehr verschieden zu deutende, häufige Coincidenz von Arteriosklerose und Aneurysma stützte, in neuer Form erstanden, zugleich aber auch in dieser neuen Form genauer begründet worden.

Das arteriosklerotische Aneurysma und die Arteriosklerose sind Folge mehr oder weniger hochgradiger Schwächungen der Gefässwand, welche ihrerseits wieder von mannigfachen allgemeinen Ernährungsstörungen abhängen. Die Schwächung der Gefässwand führt in der Regel zu langsam sich entwickelnden, mässigen Erweiterungen des Gefässlumen mit consecutiver bindegewebiger Verdickung der Intima (Arteriosklerose). Ist die Schwächung der Gefässwand eine erheblichere, so wird die Erweiterung des Gefässlumen stärker ausfallen. Sie kann in gewissen, umschriebenen Bezirken eine so starke werden, dass sie sich als arteriosklerotisches Dehnungsaneurysma darstellt (Aneurysma per dilatationem arteriosklerotieum). Immer erweist sich dabei nach hinreichender Dauer der Störung die Intima bindegewebig verdickt (Consecutive, compensatorische Endarteriitis fibrosa). Nur in ganz frischen Fällen kann die Bindegewebsneubildung in der Intima fehlen. Dann ist nur die physikalische Untersuchung im Stande, die Ursache der Aneurysmabildung nachzuweisen. Sie findet sich, ebenso wie in den Anfangstadien der Arteriosklerose, als eine erhebliche Abnahme der Gefässwandelasticität, also als eine Schwächung der Gefässwand. Bei stärkster Dehnung der Gefässwand erfolgen endlich mehr oder weniger tiefgreifende Einrisse in die Gefässwand, welche scharf begrenzte, sackförmige oder cylindermantelförmige Ausbauchungen des Lumen zur Folge haben. Diese oft colossal grossen Erweiterungen der Gefässlichtung werden, wie die Dilatationsaneurysmen später mit neugebildeten Bindegewebsschichten ausgekleidet (Aneurysma per rupturam arteriosklerotieum, sacciforme et dissecans).

Es ist nicht möglich, an dieser Stelle die Begründung dieser allgemeinsten Ergebnisse zu versuchen. Vielmehr muss in dieser Beziehung auf die verschiedenen ausführlichen Arbeiten des Vortragenden und seiner Schüler hingewiesen werden. Doch waren diese Ergebnisse zu erwähnen, um die Bedeutung der Aneurysmalehre zu beleuchten, welche in von Recklinghausen ihren Urheber findet. Dieser hochangesehene Forscher kann sich von der aetiologischen und histogenetischen Zusammengehörigkeit gewisser Aneurysmen mit der Arteriosklerose nicht überzeugen. Er hält die relativ häufigste Form des Aneurysma für eine Erkrankung besonderer Art. Neuerdings wurde nun diese Auffassung durch einen seiner Schüler, Mauchot, genauer zu beweisen versucht. Demgemäss soll die Ursache der Aneurysmabildung gegeben sein in dem Auftreten kleinster Risse in den elastischen Fasern und Membranen der Gefässwand. Diese mikroskopischen Zerreissungen finden sich, wie Manchot nachwies, bereits in den von dem Vortragenden als arteriosklerotische Dilatationsaneurysmen bezeichneten Bildungen, während die gleichzeitig vorkommenden Rupturaneurysmen dieselben Verhältnisse in riesiger Vergrösserung darstellen sollen.

Das Wesen des Aneurysma ist demgemäss nach v. Recklinghausen und Mauchot in jenen mikroskopischen Rupturen der elastischen Membranen zu suchen, welche das Unterscheidungsmerkmal gegen die Arteriosklerose bilden und den Ausgangspunkt der Störung abgeben sollen.

Der Vortragende ist bemüht gewesen, die durch v. Recklinghausen und Mauchot gefundenen Thatsachen zu prüfen. Die im Dorpater pathologischen Institut vorgenommenen Untersuchungen v. Zwingmann's bestätigten zunächst die Befunde von Mauchot, sie zeigten aber zugleich, dass auch bei Arteriosklerose jene mikroskopischen Zerreissungen der elastischen Fasern und Membranen der Gefässwand ungemein häufig sind und bei knotiger Sklerose regelmässig vorkommen.

Die in Rede stehenden kleinsten Zerreissungen der elastischen Membranen und Fasern der Gefässwand sind somit eine der Arteriosklerose und dem arteriosklerotischen Aneurysma gemeinsame Erscheinung, welche bei näherer Prüfung die aetiologische Zusammengehörigkeit beider Erkrankungen von Neuem bestätigt. Auch tritt hier wieder die von Vortragendem bereits früher erörterte, nähere Beziehung zwischen dem arteriosklerotischen Aneurysma und der Arteriosklerosis nodosa hervor. Man begreift, dass zwei in ihrer Entstehung so nahe verwandte Störungen, wie die letztgenannten, auffällige Uebereinstimmungen in Beziehung auf ihre Localisation darbieten müssen.

Die Untersuchungen sind indessen noch nicht abgeschlossen. Es kommen nämlich bereits in anscheinend normalen Arterien sehr häufig Risse in den elastischen Platten und Membranen vor, sogar bei Kindern. Diese unter Leitung des Vortragenden von Theodor Schulmann aufgefundene noch genauer zu prüfende Thatsache ist von sehr erheblicher Bedeutung für obige Fragen. Denn es gewinnt den Anschein, dass ein Theil der mikroskopischen Zerreissungen der elastischen Membranen der Gefässwände unter die normalen Wachsthums-Erscheinungen zu rechnen sind. Doch kann man die in gesunden Arterien vorkommenden Continuitätstrennungen der elastischen Membranen der Gefässwand auf Grund einer Reihe hier nicht näher zu erörternder Unterschiede ohne Schwierigkeit von den pathologischen Zerreissungen unterscheiden.

Nach diesen Ergebnissen liegt es nahe, die Frage zu erheben, ob die Unterscheidung des arteriosklerotischen Dilatations- und Rupturaneurysma auch in der Folge gerechtfertigt ist. Vortragender muss diese Frage entschieden bejahen. Die Zerreissung einzelner Gewebselemente hat eine ganz andere Bedeutung als eine Continuitätstrennung der ganzen Dicke der Gefässwand oder doch des grössten Theiles ihrer Dicke. Beide Vorgänge sind verwandt und ähnlich, haben auch — soweit es sich um pathologische Vorgänge handelt — in gleicher Weise Schwachungen der Gefasswand zur Ursache. Zwischen ihnen besteht nur ein gewaltiger Grössenunterschied. Bei der Arteriosklerose und bei dem arteriosklerotischen Dilatationsaneurysma erscheint dem unbewaffneten Auge der Zusammenhang der Gefässwand unverändert. Erst nach Zuhilfenahme besonderer Färbungsmethoden gelingt es mit Hilfe des Mikroskopes Zerreissungen einer grösseren oder kleineren Anzahl von elastischen Gewebselementen nachzuweisen, welche Zerreissungen zudem in etwas anderer Anordnung und Verbreitung auch in normalen Gefässen von Erwachsenen regelmässig vorzukommen scheinen. Das arteriosklerotische Rupturaneurysma zeigt dagegen bereits dem unbewaffneten Auge Continuitätstrennungen mehrerer Gefässhäute der Intima und mindestens eines grossen Theiles der Media, zuweilen ausserdem noch der Adventitia. Solche Continuitätstrennungen fehlen bei Arteriosklerose und arteriosklerotischen Dilatationsaneurysmen. Sie verleihen dem anatomischen Befund eine charakteristische Erscheinung, welche Vortragender bei einer anderen Gelegenheit näher schilderte. Auch die klinische Bedeutung ist in Beziehung auf Prognose und Therapie eine verschiedene. Das arteriosklerotische Dilatationsaneurysma ist in der Regel als das erste, noch nicht unbedingt Gefahr drohende Stadium einer Erkrankung zu bezeichnen, welche in ihrem zweiten Stadium als arteriosklerotisches Rupturaneurysma in Kürze einem ungünstigen Ausgange zustrebt. Das Dehnungsaneurysma giebt bei Befolgung geeigneter Vorsichtsmaasregeln Aussichten auf Erreichung annähernd stationärer Zustände und völligen Wohlbefindens, während das Rupturaneurysma jeder Therapie, abgesehen von dem chirurgischen Eingriff der Excision, trotzt und beinahe unbedingt mali ominis ist.

3. Herr Barfurth referirt eine Untersuchung von C. Klecki betreffend die Zellbrücken in der Darmmuskulatur der Raubthiere, die von Kultschitzki bei Hunden, vom Referenten bei Katzen gefunden worden sind. C. Klecki bestätigte die Beobachtung des Referenten, dass die Zellbrücken auf dem Höhepunkte der Verdauung deutlicher werden und wies nach, dass dieselben auch bei der Contraction der Muskulatur höher und breiter erscheinen; gleichzeitig sind dann auch die Intercellularräume grösser. Diese Eigenthümlichkeit erklärt sich aus der Mechanik der unbehinderten Contraction der Muskelfasern.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat vom Jahre 1891.

1. Herr Krüger: «Ueber die embryonalen Verdauungssäfte». Veranlassung zur Beprüfung vorliegender Frage gaben Vortragendem einerseits die vielfach in der diesbezüglichen Literatur entgegentretenden Widersprüche, andererseits die bakteriologisch unzuverlässigen Methoden, die bei den bisherigen Untersuchungen in Anwendung kamen. — Die Versuche wurden mit Extracten aus den betreffenden das verdauende Secret liefernden Drüsen ausgeführt und zwar wurde zur Extraction (der Gland. submaxill., der Parotis, des Pankreas und der Darmschleimhaut) gesättigtes Chloroformwasser benutzt, welches, wie Vortragender bereits bei Gelegenheit einer anderen Mittheilung betonte, jede bakterielle Wirkung ausschliesst. — Zur Gewinnung des künstlichen Magensafts wurde die Magenschleimhaut mit Salzsäure enthaltendem Wasser extrahirt. Die Versuche wurden zum grössten Theil an Embryonen von Rindern resp. Schafen ausgeführt. Das Ergebniss derselben war Folgendes:

I. Speichel: die Bildung des Ptyalin von Seiten der Submaxillaris und Parotis tritt bei Rindern schon ziemlich früh auf, etwa im 7. Monat des Foetallebens — die Tragzeit der Rinder erstreckt sich auf 10 Monate — bleibt jedoch bis zur Geburt hin nur eine sehr geringe. Bei Schaffoeten fehlt das Ptyalin in den Speicheldrüsen oder tritt erst ganz kurze Zeit vor der Geburt in nomineller Quantität auf.

II. Magensaft; die Pepsinausscheidung tritt schon in der ersten Hälfte des intrauterinen Lebens auf, sowohl bei Rindern als auch bei Schafen, steigert sich mit fortschreitender Entwickelung und erlangt bei der Geburt schon einen recht bedeutenden Grad. Ob die Salzsäureproduction während des Embryonallebens schon im Gange ist, wagt Vortragender nicht mit Sicherheit zu entscheiden, doch scheint ihm dieses unwahrscheinlich, da er nie eine saure Reaction der Magenschleimhaut wahrnehmen konnte.

III. Der Pankreassaft: Das Trypsin, Pankreatin und fettzerlegende Ferment treten nicht gleichzeitig auf. Das Trypsin erscheint zu Ende des 1. oder Anfang des 2. Drittheils des Embryonallebens (bei Schafen sowohl wie bei Rindern). Das Pankreatin erscheint zu Ende der 1. oder zu Anfang der 2. Hälfte der Tragzeit. Das fettzerlegende Ferment endlich steht bei den Rindern hinsichtlich des Auftretens zwischen den beiden andern, bei Schaffoeten hingegen scheint erst das diastatische, dann das fettzerlegende Ferment aufzutreten. Entsprechend der Entwickelung steigt natürlich die fermentative Wirksamkeit des pankreatischen Saftes.

IV. Der Darmsaft: Es wurden gesondert Extracte der Schleimhaut des Dünndarms und des Dickdarms angestellt. Beide erwiesen sich als vollkommen unwirksam, wenigstens bei Rinderfoeten bis zu einer Länge von 76 Cm. (entsprechend dem Anfang des letzten Tragemonats). Weder wurde Amylum in Zucker verwandelt, noch wurde Rohrzucker invertirt.

2. Herr Robert Koch: Ueber Localisation der aphasischen Störungen in der Grosshirnrinde. Vortragender stellt einen Patienten vor, der vor drei Jahren, im Schlaf überfallen, durch einen stumpfen Gegenstand eine Verletzung, eine 9—10 Cm. lange und 1—2 Cm. breite Impression des Knochens in der linken Schläfengegend davongetragen hatte. In Folge derselben hatten sich Sprachstörungen eingestellt, die der Vortragende nach den klinischen Symptomen und der anatomischen Lage der Verletzung als

motorische Aphasie (Broca), Worttaubheit (Kussmaul) diagnosticirt. Zugleich bestehen Paraphasie und Paragraphie, die als Leitungsaphasien gedeutet werden. — Im Anschluss hieran giebt Vortragender ein kurzes Referat über die Monographie Prof. Ballet's in Paris, «über die innerliche Sprache und die verschiedenen Formen der Aphasie». Es folgt zum Schluss Demonstration von Schädel- und Hirnpräparaten, die eine cranio-cerebrale Topographie, eine genaue Bestimmung der Beziehungen zwischen den Hauptfurchen und Windungen des Gehirns einerseits und der Oberfläche des Schädels und seiner Nähte andererseits zur Veranschaulichung bringen.

Herr Dehio warnt vor Schematismus; in den meisten Fällen hätte man es mit Combinationen zu thun; überdies divergire die französische und deutsche Schule, indem die erstere sich auf die Psyche, letztere auf die anatomischen Verhältnisse stütze.

Herr Robert Koch glaubt gerade die einzelnen von Ballet aufgestellten Typen betonen zu müssen, denn nur so sei man im Stande, die Combinationen annähernd richtig deuten zu können und es werde die ganze Frage der Sprachstörungen dadurch ausserordentlich erleichtert.

3. Herr Dehio referirt über einen Fall von Bradykardie. Ein Herr von 74 Jahren hat schon seit einigen Jahren eine Pulsfrequenz von blos 25—30 Schlägen in der Minute; er ist mehrmals von plötzlichen Ohnmachtsanfällen heimgesucht worden, während deren er zusammengestürzt ist, und die meist nur Bruchtheile einer Minute dauerten. Objectiv liess sich eine mässige Vergrösserung des linken Ventrikels (arteriosklerotische?) und Dilatation des Arcus aortae feststellen, sowie allgemeine aber nicht hochgradige Sklerose der peripheren Arterien. Vortragender erörtert die Frage, auf was für anatomische Veränderungen und pathologische Vorgänge dieser Zustand der Bradykardie mit plötzlichem Bewusstseinsverlust (Synkope) zurückgeführt werden könne. — Durch Lunz wissen wir, dass die bei permanenter Bradykardie vorkommenden Anfälle von Bewusstlosigkeit mit zeitweilig completem Herzstillstand verbunden sind. Welche Veränderungen liegen nun der Bradykardie und dem zeitweiligen Herzstillstand zu Grunde? In Bezug hierauf ist nur bekannt, dass derartige Anomalien der Herzthätigkeit bei Sklerose der Coronararterien vorkommen, im Allgemeinen jedoch selten mit Bradykardie verbunden sind. Dehio schliesst aus diesem Umstande, dass Sklerose der Coronararterien wohl nur als entferntere Ursache der Bradykardie angesehen werden kann, dass aber die directe Ursache anderswo und zwar wahrscheinlich im automatischen Gangliensystem des Herzens gesucht werden müsse. Falls der sog. noeud vital in Folge der Arteriosklerose mangelhaft ernährt und dadurch functionsunfähig wird, so dürfte es zum Symptomencomplexe der Bradykardie kommen, dafür sprechen die Experimente von G. Sée, Kronecker, Cohnheim u. And. — Hat aber die Sklerose andere Theile des Coronararteriensystems ergriffen, ohne dass der noeud vital ergriffen ist, so komme die Bradykardie nicht zu Stande. Endlich macht Dehio darauf aufmerksam, dass das charakteristische Krankheitsbild der mit Ohnmachtsanfällen einhergehenden Bradykardie schon von Stokes, Huchard und G. Sée vortrefflich beschrieben, aber auffallender Weise in Deutschland nur sehr wenig bekannt geworden sei.

4. Herr Kessler berichtet über einen Fall von Idiosynkrasie gegen Antipyrin: Eine sonst gesunde Frau von ca. 40 Jahren hatte 0,5 Antipyrin genommen. Bald darauf Brennen im Munde, Hitze im Kopfe, die sich von da rasch über den ganzen Körper ausbreitete; dann Beängstigung und Athemnoth, mühsame Respiration; reichlicher Schweiss, kaum fühlbarer Puls; Anwandlung von Ohnmacht abwechselnd mit krampfhaften Erscheinungen; Zusammenschnüren im Halse, Unvermögen zu schlucken, Kinnladenkrampf; unwillkürliche Harnentleerung. Circa ¼ Stunde darnach: Schüttelfrost, Erbrechen, äusserst heftiges und quälendes Jucken und Brennen in allen Schleimhäuten, Ohrensausen; Leibschmerzen und Stuhlentleerung; wehenartige Schmerzen im Unterleib und nochmalige unwillkürliche Harnentleerung. Darauf Jucken und Brennen auch an der Körperoberfläche. Nach Steigerung der Uteruskoliken, die etwa 3 Stunden anhielten, ruckweise Blutentleerung aus den Geschlechtstheilen, die allmälig heller werdend von reichlichem einige Tage anhaltendem schleimigem Ausfluss gefolgt sind. Der häufig entleerte Urin enthielt gleichfalls während der folgenden Tage viel Schleim. Nach circa 36 Stunden bald wieder vorübergehende scharlachähnliche Röthe des ganzen Körpers. Noch am 3. Tage Anfälle heftigen Juckens in den Schleimhäuten. Mit dem Ende des 3. Tages war der ganze Process abgelaufen. — Als in diesem Fall speciell beachtenswerthe Erscheinung bezeichnet Vortragender, gegenüber den übrigen auch anderweitig nach Antipyringebrauch beobachteten, das Eintreten einer Genital- (resp. Uterin-)blutung, die bei dieser Patientin auch bei einer früheren, im Verlauf einer schweren Pneumonie stattgehabten Verabfolgung dieses Mittels in derselben Weise und gleichfalls, wie auch dieses Mal, mitten im Menstruationsintervall sich eingestellt hatte. — Diese Fähigkeit des Antipyrins, unter Umständen schon in kleiner Gabe so heftige Reizung und Congestion der Becken- resp. Sexualorgane herbeizuführen, mahne zur Vorsicht in der Anwendung, vielleicht zur gänzlichen Vermeidung desselben in der Schwangerschaft, namentlich in den ersten Monaten, wenn man nicht riskiren will, Abort zu provociren.

Z. Z. Secretär: Dr. Richard Otto.

(Fortsetzung folgt).

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 12. November 1891.

1) Herr Dombrowsky stellt einen Patienten vor, an welchem er vor 6 Wochen die Radicaloperation einer rechtseitigen Leistenhernie nach der Methode von Bassini ausgeführt hat; die Methode, welche in der Anlegung eines neuen muskelwandigen Leistencanals besteht und im XI. Bande des Langenbeck'schen Archivs beschrieben ist, hat im vorliegenden Falle, trotz der vorher bestehenden starken Ausdehnung und Erschlaffung der Bauchmuskeln dennoch gute Dienste geleistet, indem der Verschluss der Bauchpforte ein ganz vollständiger geworden ist; Vortr. möchte indess den Erfolg noch nicht als einen dauernden bezeichnen; linkerseits hat Pat. gleichfalls eine grosse Inguinalhernie, welche demnächst operirt werden soll.

2) Herr Hagen-Torn referirt die Krankheitsgeschichte des verstorbenen Collegen Dr. Rodde und demonstrirt das Präparat der Blase mit den Ureteren und Nieren.

Seit einigen Jahren schon fühlte Defunctus leichte Beschwerden beim Harnen; vor zwei Jahren stellte sich blutiger Harn ein, mit häufigem Urindrange und Erbrechen, kolikartigen Schmerzen in der linken unteren Bauchgegend, welche nach Abgang einiger kleiner Concremente schwanden; bald darauf erholte sich der Patient. Verlangsamte Entleerung und grössere Frequenz des Urinirens blieben jedoch bestehen; der Harn war durchsichtig. Im Mai d. J. trat wieder eine Blasenblutung ein; ausser Blutkörperchen (in den ersten 2 Wochen stark vorherschend rothe, dann bis einige Wochen vor dem Tode—weisse) fanden sich keine anderen Formelemente vor; in der letzten Zeit vor dem Tode konnte Vortr. auch spärliche kleine Epithelzellen im Urin constatiren; kolikartige Schmerzen während der letzten Blutung fehlten vollständig, die Uebelkeit war viel seltener als im Beginn der Krankheit; die Hauptbeschwerden bestanden in häufigem Harndrang und dumpfschmerzhaftem Gefühl beim Druck auf die Blasengegend, welches der Kranke am Damm empfand. Die Temperatur war und blieb bis auf einige Tage, an welchen sie 38 überschritt, im Verlauf der ganzen Krankheit nahezu auf 38.

In der ersten Zeit waren dann und wann Schmerzen in der linken, später häufiger in der rechten Nierengegend, aber im Ganzen waren Nierenschmerzen selten. Dreimal während des Verlaufs der Krankheit trat Harnretention auf, das erste Mal am prägnantesten Anfang Juni — fast vollständige Anurie während 3 Tage, welche mit starker constatirbarer Dilatation des rechten Ureters einherging.

Merklich zunehmende Abmagerung, Appetitlosigkeit, allgemeine Schwäche, sehr häufiger Urindrang, auch in der Nacht, deprimirte Gemüthsstimmung, zeitweilig Polyurie, manchmal tagelang die Harnmenge für 24 Stunden unter der Norm, sehr lästiges häufiges Erbrechen in der letzten Zeit, waren die Haupterscheinungen.

Im Juni schon war nur ein kleiner Theil des rechten Prostatalappens als Gewebe der Vorsteherdrüse zu fühlen, der Fundus der Blase war nicht zu erreichen; bei der Rectaluntersuchung war eine fast gleichmässig feste, nicht höckerige Masse zu fühlen, in welcher die hintere Blasenwand, die Vesiculae seminales und die Prostata aufgingen. Keine Drüsen in den Leistengegenden. Erst in der zweiten Hälfte Juli erschienen nicht stark schmerzende Hämorrhoidalknoten und konnte man einzelne feste Knötchen um den Mastdarm herum palpiren. In den letzten Tagen des Juli gesellte sich zu dem beschriebenen peinlichen Zustande noch eine auffallende Gedächtnissschwäche hinzu. Einige Tage vor dem Tode Hallucinationen in der Nacht, leichte Delirien und beständiges Erbrechen, welches in den letzten Tagen kaffeesatzfarben wurde. (Ausser dem Vortr. haben an der Behandlung des Falles theilgenommen die Herren Moritz, Assmuth und Höhlein).

Die am 14. August ausgeführte Section der Bauchhöhle ergab an den Harnorganen folgendes:

Die Nieren (rechte: 11½ Cm. 4½ Cm. 3½ Cm.; linke 10½ Cm. 4½ Cm. 3 Cm.) mit verkürzten Pyamiden und verdünnter Rindenschicht, das Gewebe trocken. Die Nierenkelche und die Harnleiter sind erweitert, dünnwandig, die lezteren mit wenig trübem Harn gefüllt.

Die Blase ist mässig erweitert, bietet einen mässigen Grad der sogenannten vessie à colonnes, die Schleimhaut ist verdünnt. An und um die Orifica vesicalia uretrorum befinden sich Krebsmassen von der Grösse einer Wallnuss, welche von einer bis an die normale Schleimhaut reichenden Spalte getrennt sind

In der Dicke der hinteren Blasenwand, wie auch um die Cervix lagern platte Krebsknoten; einige kleinere Knötchen sind auf dem entsprechenden Bauchfell der hinteren Blasenwand zerstreut; noch kleinere Knoten ragen in den unteren Theil des rechten Ureters hinein und durchsetzen den unteren Theil des Vas deferens dextrum. Die Vesiculae seminales sind nur durch Höhlungen in der Krebsmasse angedeutet und von der Prostata (bis auf den atrophischen rechten Lappen) nicht zu scheiden.

Bei der mikroskopischen Untersuchung findet man in allen Theilen die Structur des Carcinoms vor. Die Zellen sind überall gleich klein; die Krebsalveolen an manchen Stellen klein, das Gerüst dick, stellenweise sind jedoch grosse Ansammlungen derselben Krebszellen vorzufinden. In Bezug auf die Entstehung der primären und desseminirten Herde ist es schwer zu bestimmen, welches von den so nahe beieinander liegenden Organen den primären Herd abgegeben hat. Sicher kann man nach dem Aussehen und besonders nach der Grösse der Zellen, nach Ansicht des Vortr. einen primären Blasenkrebs ausschliessen, es müssen also die Vesiculae seminales oder die Prostata als die wahrscheinlichen Ursprungsstellen angesehen werden. Der rechte Lappen der Vorsteherdrüse bietet nur Erscheinungen von regressiver Metamorphose (Weichheit und fettig entartete Zellen), der linke scheint in der Geschwulst aufgegangen zu sein, während die vesiculae seminales alte indurative Processe aufweisen; deshalb hält Vortr. es für wahrscheinlich, dass der Process von den Letzteren seinen Ausgang genommen hat.

Herr Assmuth hält den Fall insofern für lehrreich, als das Krankheitsbild in der ersten Zeit des Leidens auf eine Nierenaffection (Nephrolithiasis) hinwies und erst viel später (nach Ablauf von 2 Jahren) die Blasenbeschwerden und der Abgang von Blut durch den Catheter (aus der fast leeren Blase) die Aufmerksamkeit auf die unteren Harnwege lenkten. Die Anurie erklärt sich jetzt durch Verlegung des einen Ureters durch die Krebsmassen und wahrscheinlichen consensuellen Verschluss des andern Ureters. Was den Ursprung des Carcinoms anlangt, so halt A. es nicht für wahrscheinlich, dass dasselbe von den Samenbläschen ausgegangen sei, ebenso wie auch der primäre Prostatakrebs bei älteren Leuten sehr selten ist; eher hat die Neubildung ihren Ausgang von der Blase oder von den Ureteren genommen, doch ist diese Frage auch auf Grund des Präparates nicht mit Bestimmtheit zu beantworten. Die Concrementbildung, welche in der ersten Zeit das Wesentliche zu sein schien, stellt sich jetzt als eine nur symptomatische, das Grundleiden begleitende, lediglich durch Stagnation des Harns bedingte Erscheinung heraus. Jedenfalls beweist der Fall, dass Carcinome der Harnwege einen langsamen über Jahre sich erstreckenden Verlauf nehmen können, wofür A. aus seiner Praxis noch andere Fälle anführen kann.

3) Herr Moritz spricht über die diätetische Behandlung der habituellen Obstipation.

Es ist bekannt, dass die Obstipation als hartnäckiges und der medicamentösen Behandlung oft trotzendes Uebel bei den Städtern, und so auch bei den Petersburgern sehr verbreitet ist; insbesondere sind es weibliche Individuen, anämische und chlorotische Mädchen und Frauen der besseren Stände, seltener Männer, welche von dieser Plage heimgesucht werden. Die Thatsache, dass dergleichen bei unserem Landvolke fast nie vorkommt, legt den Gedanken nahe, dass neben manchen anderen Factoren, als: Mangel an Bewegung, unzweckmässiger Kleidung (Schnüren!) auch ganz besonders eine unzweckmässige Diät bei den Städtern für die habituelle Stuhlverhaltung verantwortlich zu machen sei. Das Landvolk geniesst eine vorwiegend vegetabilische Kost, der wohlhabende Grossstädter (speciell der Petersburger) — eine vorwiegend animalische, eiweissreiche, wenig Rückstände im Darm hinterlassende Nahrung neben vielfachen Reizmitteln. Auf Grund solcher Erwägungen hat Vortr., wie wohl so mancher College, seine besondere Aufmerksamkeit der Diät zugewandt und eine gewisse Auswahl der Nahrung, bei welcher viel Masse und viel Schlacke gebende Vegetabilien, insbesondere Grützen und Gemüse bevorzugt werden, in einer grossen Reihe von Fällen habitueller Obstipation für zweckmässig und wirksam befunden. Vortr. entwirft eine der Petersburger Lebensweise und den hiesigen Marktverhältnissen entsprechende Speisekarte für die Obstipirten, die er übrigens nicht schematisch durchgeführt, sondern je nach Gewohnheit und Geschmack nöthigenfalls modificirt wissen will. Danach empfehlen sich 1) zum 1. Frühstück: Schottische Hafergrütze, Schwarzbrod mit Butter und Milch, Kaffee mit Cichorien; 2) zum 2. Frühstück: Butterbrod, Milch oder dunkles Bier; 3) zur Hauptmahlzeit: dicke Suppen, Grützen aller Art, Fleischspeisen nur mit Zuthat von Gemüsen oder Salat (besonders Gurken und Kohl), Frucht- oder Mehlspeisen, als Getränk: Weisswein, Bier oder Kwas (zu meiden: Käse, starke Alkoholien, Kaffee nach Tisch, Gewürze, Confect!). 4) zum Abendbrod spärliche Kost: rohes oder gekochtes Obst, Butterbrod.

Natürlich ist von einem solchen diätetischen Beginne nur dann ein Nutzen zu erwarten, wenn es auch durch anderweitige Maassnahmen: rationelle, nicht schnürende Kleidung, reichliche Bewegung, eventuell Gymnastik oder Massage unterstützt wird. Zu bemerken ist ferner, dass obige Diät nicht für die katarrhalischen Affectionen des Magendarmcanals passt. Die Herren Severin und Mossin weisen auf die Macht der Gewohnheit und der gesellschaftlichen Rücksichten hin, welche den Darm auf die Dauer träge machen. Herr Hoerschelmann macht darauf aufmerksam, dass die Vegetarianer gerade die Regelung des Stuhlganges für einen Hauptvortheil ihres Regimes erklären und diesem Umstande thatsächlich viele Anhänger verdanken. Herr Schmitz hat bei der habituellen Obstipation anämischer und chlorotischer Mädchen von dem regelmässigen Genuss frischen Kalbsblutes oft eine günstige Wirkung auch auf den Stuhlgang gesehen.

Secretär: E. Blessig.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Kreosotklystiere empfiehlt Revillet in folgender Zusammensetzung: 2—4 Grm. Kreosot werden in 25 Grm. süssem Mandelöl gelöst und vermittelst eines Eigelbes und 200 Grm. Wasser zur Emulsion gebracht.

— Parker berichtet über einen Fall von Chloroformtod, der ein gesundes 11jähriges Mädchen betraf, an welchem in der Narkose die Exstirpation eines Nävus pigmentosus der Wange vorgenommen wurde. Die Pat. zeigte vor und während der Operation, die eine Viertelstunde dauerte, kein einziges beunruhigendes Symptom; nachdem 5 Minuten zuvor das Chloroform weggelassen worden war, traten allgemeine Convulsionen auf und nach einigen schweren Athemzügen erfolgte der Exitus letalis. Künstliche Respiration, Elektricität, Injectionen von Aether, Whiskey und Amylnitrit blieben erfolglos.
(Journ. of Americ. med. assoc. — N. Y. med. Mon. 10).

— Das Duboisinum sulphuricum als Sedativum und Hypnoticum bei Geisteskranken ist neuerdings von Preininger in Prag erprobt und empfohlen worden. Seine Wirkung soll nach 10—20 Minuten eintreten und einige Stunden dauern. Es wird in Gaben bis 0,002 subcutan applicirt. Innerlich gegeben bleiben Gaben von 0,002 ohne sedativen Erfolg.
(Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 48. — Neur. Centralbl. Nr. 18).

Vermischtes.

— Der König von Dänemark hat dem Russisch-Kaiserlichen Leibarzt, Geheimrath Dr. Hirsch, das Grosskreuz des Danebrog-Ordens verliehen.

— Ordensverleihungen. Der St. Stanislaus-Orden I. Classe — dem Arzt vom Charkow'schen Fräuleininstitut, wirkl. Staatsrath Dr. W. Hagentorn und dem Oberarzt des hiesigen St. Olga-Hospitals, wirkl. Staatsrath Dr. L. Tschernjawski. Der Wladimir-Orden III. Classe — dem Arzt des St. Petersburger Blindeninstituts, Staatsrath Dr. Schulgowski. Der St. Annen-Orden II. Classe — den älteren Aerzten des hiesigen Marienhospitals G. Trachtenberg und des Moskauer Nikolai-Waiseninstituts N. Hagmann, sowie dem Arzt des Gefängnisses in Witebsk, C. Bergner.

— Befördert: Zum Geheimrath — der Curator des westsibirischen Lehrbezirks, Dr. med. W. Florinski. Zu wirklichen Staatsräthen — die Professoren der Universitäten von Kasan — Chomjakow (Therapeut), von Charkow — Dudukalow (Chirurg) und von Kiew — Tritschel (Therapeut).

— Verstorben: 1) Am 22. December a. pr. in Kiew der dortige Arzt Alexander Sadowski. Er verschied plötzlich am Bett einer Kranken, zu welcher er behufs Hülfeleistung gerufen worden war. 2) Im Kreise Jadrin (Gouv. Kasan) I. Schipulin, welcher soeben den med. Cursus an der Universität Kasan absolvirt hatte und vor Kurzem mit der Sanitätsabtheilung aus Kasan zur Bekämpfung der Typhusepidemie im Jadrin'schen Kreise eingetroffen war, an der Gesichtsrose, complicirt mit Meningitis. 3) In Graz am 30. December n. St. der Professor für Hautkrankheiten und Syphilis, zugleich Director des allgemeinen Krankenhauses in Graz, Dr. Eduard Lipp, im 61. Lebensjahre an Oesophaguskrebs. Mit ihm ist ein Mann aus dem Leben geschieden, der als Gelehrter, als praktischer Arzt und als politischer Charakter allgemeine Achtung verdient und genossen hat. Er hat sein ganzes 100,000 Gulden betragendes Vermögen dem deutschen Schulverein vermacht.

— Vom Chef der militär-medicinischen Academie werden Diejenigen, welche als Bewerber um die vacant gewordene Professur der speciellen Pathologie und Therapie an der genannten Academie auftreten wollen, aufgefordert, ihre Gesuche bei der Conferenz der Academie bis zum 5. April 1892 einzureichen und gleichzeitig das Doctordiplom, ihre wissenschaftlichen Arbeiten und ein eigenhändig geschriebenes Curriculum vitae beizufügen. Der von der Conferenz gewählte Candidat wird, je nach dem Ermessen der

Vorgesetzten, entweder als ordentlicher oder ausserordentlicher Professor angestellt. Der ordentliche Professor steht in der V. Rangklasse und bezieht, nach Abrechnung der gesetzlichen Abzüge: an Gehalt 2352 Rbl., an Tischgeldern 294 Rbl., Quartiergeld 300 Rbl. und ausserdem für die Leitung der zweiten therapeutischen Hospitalabtheilung eine Zulage von 800 Rbl. Der ausserordentliche Professor steht in der VI. Rangklasse und erhält an Gage 1568 Rbl., an Tischgeldern 196 Rbl., Quartiergeld 200 Rbl. und die oben erwähnte Zulage von 800 Rbl.

— Wie ein Telegramm aus Venedig meldet, ist die gegenwärtig dort tagende internationale Sanitätsconferenz, welche die Frage der Quarantäne bei Passiren des Suezkanals, sowie die Reorganisation des internationalen Sanitätsraths in Alexandria berathen soll, in Folge der zwischen den Delegirten der interessirten Mächte entstandenen Differenzen vertagt worden.

— Der bekannte Anthropolog und Neurolog, Prof. Dr. Moritz Benedikt in Wien, ist von der russischen anthropologischen Gesellschaft in St. Petersburg zum Ehrenmitgliede gewählt worden.

— Mit der Leitung des Instituts für Staatsarzneikunde an der Berliner Universität ist, bis zur Ernennung eines Nachfolgers für den verstorbenen Prof. Liman, der Privatdocent Dr. Fr. Strassmann betraut worden.

— In der vorigen Woche begingen drei Professoren der militär-medicinischen Academie, die DDr. Manassein, Tschudnowski und N. W. Ssokolow ihr 25jähriges Dienstjubiläum. Von ihnen scheidet Prof. Manassein bekanntlich auf eigenen Wunsch aus dem Lehrpersonal der Academie aus, während die beiden Letztgenannten auf weitere 5 Jahre im Amte belassen worden sind.

— Prof. Klebs hat die von ihm bekleidete Professur der pathologischen Anatomie an der Züricher Universität niedergelegt. An seine Stelle ist der ausserord. Professor Dr. Hugo Ribbert aus Bonn berufen worden.

— Der bekannte Kliniker Prof. Biermer in Leipzig tritt aus Gesundheitsrücksichten zurück und ist als sein Nachfolger in der Leitung der Breslauer med. Klinik Prof. Kast, gegenwärtig Director des allgemeinen Krankenhauses in Hamburg, in Aussicht genommen.

— Professor Max Schüller (Berlin) hat sich auf Einladung des dortigen Vereins deutscher Aerzte nach New-York begeben, um daselbst einen Vortrag über die von ihm erprobte und empfohlene Behandlung der Tuberculose mit Guajacol zu halten.

— Für den «Jahresbericht für Geburtshülfe und Gynäkologie», redigirt von Prof. Frommel in Erlangen, hat die Referate über russische und polnische Arbeiten Dr. Franz Neugebauer (Dorpater Dr. med.) in Warschau und für «Schmidt's Jahrbücher der in- und ausländischen Medicin» die Referate über russische med. Arbeiten Dr. A. Grünfeld, Assistent am Dorpater pharmakologischen Institut, übernommen.

— In Philadelphia ist von Dr. Edward ein neues medicinisches Journal gegründet worden, welches täglich erscheinen wird. Bis jetzt gab es nur eine täglich erscheinende med. Zeitschrift in der Welt — die «Riforma Medica» in Neapel.

— Die in Posen erscheinende polnische med. Monatsschrift «Nowiny lekarskie» sollte wegen Mangels an Abonnenten eingehen. Wie der Redacteur derselben, Dr. Wicherkiewicz, im letzten Decemberheft mittheilt, ist in Folge seines Appells an die polnischen Collegen um Unterstützung der Monatsschrift das Weitererscheinen derselben gesichert.

— Von den Verhandlungen der 64. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Halle liegt der I. Band (Leipzig F. C. W. Vogel) vor, welcher den Bericht über die allgemeinen Sitzungen enthält. Der II. Band, welcher die Ergebnisse der Sectionssitzungen bringen wird, erscheint in nächster Zeit.

— Kürzlich ist eine Abhandlung von L. M. Tschitschagow erschienen, betitelt: «Краткое изложеніе медицинскихъ бесѣдъ Л. М. Чичагова. Москва. 1892». Angesichts der bei uns zu Lande sich breit machenden Curpfuscherei möchten wir auch auf diese neue Blüthe medicinischen Halbwissens und dilettantischer Heilkünstlerei aufmerksam machen. Am Eingang der 83 Druckseiten umfassenden Broschüre sagt der Verfasser: «Durch die Darlegung meines Heilsystems und den Druck der medicinischen Gespräche (медицинскихъ бесѣдъ) bin ich bestrebt gewesen, der Gesellschaft und der medicinischen Körperschaft das Recht zu nehmen, zu sagen, dass man nicht wisse, wie und womit ich behandle». Es folgt eine langathmige, vielfach mit Citaten aus der medicinischen Fachliteratur gespickte Auseinandersetzung über das Verhältniss der Allopathie, Homoeopathie und Hydropathie zu einander, über allgemeine Aetiologie der Krankheiten, über Heilmittel, deren Anwendung und Dosirung etc. etc., worauf der Verf. zur Darlegung seiner eigenen Principien übergeht. Danach ist die Grundursache aller Krankheiten in einer gestörten Blutcirculation zu suchen, und an diesem Punkt hätten alle Heilmittel anzusetzen; er sagt: «da alle meine Heilmittel, mit wenigen Ausnahmen, momentan wirken, so verfahre ich folgendermaassen: ich gebe die Arzenei und frage nach 2—3 Minuten den Pat., was er fühlt. Wenn gar keine Empfindlichkeit vorhanden ist, so muss dieselbe bei richtiger Diagnose hervorgerufen werden, da die beschleunigte Blutcirculation durch den Druck des Heilmittels auf das Blut (вслѣдствіе давленія на кровь лѣкарствомъ) unbedingt eine Empfindlichkeit im kranken Organ wachrufen wird. Bei Schmerzen muss aus demselben Grunde die Empfindlichkeit geringer werden. War die Diagnose fehlerhaft, so wird das Mittel gar keine Einwirkung ausüben» (pag. 65). — Nach dieser Probe wird der Leser gerne auf weitere Citate verzichten, nur möchten wir noch anführen, was der Verf. auf Seite 73 über die Behandlung der Cataracte sagt: «Die Cataracten werden ausschliesslich operirt, ohne Rücksicht auf ihre Entstehungsursache. Dagegen hat mein Heilsystem auch in diesem Falle bewiesen, dass durch die alleinige Herstellung der Blutcirculation die Bildung einiger Cataracten verhindert werden kann, welche die Augenärzte nicht als eine Krankheit behandeln, sondern zum Zwecke schnellerer «Reifung» vernachlässigen». Der Arzneischatz Tschitschagow's besteht fast ausschliesslich aus pflanzlichen Stoffen (verschiedener einheimischer und fremdländischer Bäume, Sträucher und Kräuter); von Mineralien wendet er nur den Schwefel und Mineralwässer an. Wer den mühseligen, stellenweise sehr dunklen Weg vom Anfang dieser Schrift bis an ihr Ende zurückgelegt hat, der wird am Schluss durch das stolze Wort des Verfassers erfrischt: «Auf Grund des eben Dargelegten bin ich der Meinung, dass eine wahre vorbeugende Medicin nur durch mein Heilsystem geschaffen worden ist, welches alle wichtigen medicinischen Fragen umfasst und mit solchem Triumph zum Nutzen der leidenden Menschheit entschieden hat».

Welche Bescheidenheit!

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 5. Januar d. J. 6079 (216 mehr als in der Vorwoche), darunter 528 Typhus — (27 mehr), 533 Syphilis — (21 mehr), 68 Scharlach — (16 mehr), 10 Diphtherie — (5 weniger), 72 Masern — (6 mehr) und 12 Pockenkranke (4 mehr).

Vacanz.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 29. December 1891 bis 4. Januar 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
284	254	535	103	25	91	8	6	16	57	61	49	36	42	28	12	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 8, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 11, Scharlach 9, Diphtherie 8, Croup 1, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 21, Erysipelas 9, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 107, Tuberculose anderer Organe 7, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 40, Marasmus senilis 27, Krankheiten des Verdauungscanals 61, Todtgeborene 24.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 21. Januar.

Tagesordnung: E. Anders: Zur operativen Behandlung der Missbildungen des Rectum.
W. Beckmann: Ueber Uterusruptur.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 13. Januar.

Изданіе **К. Л. Риккера**, въ С.-Петербургѣ, Невскій пр., № 14.

ОСНОВАНІЯ КЪ ИЗУЧЕНІЮ
МИКРОСКОПИЧЕСКОЙ АНАТОМІИ
ЧЕЛОВѢКА И ЖИВОТНЫХЪ,

составленныя при участіи Профессоровъ, Доцентовъ и Врачей:

К. А. Арнштейна, В. М. Вехтерева, А. Ѳ. Геберга и А. С. Догеля — въ Казани; **В. Н. Великаго, М. Д. Лавдовскаго, Ф. В. Овсянникова, П. Я. Розенбаха и А. Ф. Эрлицкаго** — въ Петербургѣ; **Г. Ф. Гойера, В. Ф. Комоцкаго** — въ Варшавѣ; **П. И. Перемежко** — въ Кіевѣ; **Л. Х. Штиды** — въ Дерптѣ (нынѣ въ Кёнигсбергѣ).

Подъ редакціею

М. Д. Лавдовскаго и Ф. В. Овсянникова.

2 тома съ 638 рис. въ текстѣ и двумя хромолитографиров. таблицами.

1887—88. Preis 9 Rbl. gebunden 10 Rbl. 50 Cop. für Porto 1 Rbl.

ОСНОВЫ
КЛИНИЧЕСКОЙ ДІАГНОСТИКИ
Д-ра КЛЕМПЕРЕРА,

Приватъ-Доцента Берлинскаго Университета, ассистента терапевтической клиники Проф. **Лейдена.**

Переводъ съ 2-го нѣмецкаго изданія

подъ редакціей

Д-ра Г. А. ШАПИРО

Прив.-доц. Императ. Д. М. Академіи.

1891. Preis im Einband 2 Rbl. mit Porto 2 Rbl. 25 Cop.

Verlag von CARL RICKER in St. Petersburg, Newsky-Prospect, № 14.

Handwörterbuch der gesammten Medicin.

Unter Mitwirkung von

hervorragenden Aerzten

herausgegeben von

Dr. A. Villaret.

2 Bände gr. Lex. 8°.

1888—91. Preis 28 Rbl. 80 C. in 2 Bd. geb. 32 Rbl. 40 C. Porto für 15 ℔.

THE NATIONAL MEDICAL DICTIONARY: including

English, french, german, italian, and **latin technical terms** used in medicine and the collateral sciences, and a series of tables of useful data.

by

IOHN S. BILLINGS, A. M., M. D., LL. D., Edin. and Harv., D. C. L. Oxon., Member of the national academy of sciences, surgeon u. s. a., etc, etc.

with the collaboration of

W. O. Atwaber, M. D., **Frank Baker**, M. D., **S. M. Burnett**, M. D., **W. T. Councilman**, M. D., **James M. Flint**, M. D., **J. A. Bidder**, M. D., **William Lee**, M. D., **R. Lorini**, M. D., **Washington Matthews**, M. D., **C. S. Minot**, M. D., **H. C. Yarrow**, M. D.

2 vols. cloth.

1890. Preis 33 Rbl. Porto für 13 ℔.

C. REICHERT, Wien, III, Bennogasse 26.

Specialität: **MIKROSKOPE** I^er Qualität.

Kataloge in deutscher oder russischer Sprache gratis & franco. 2—1

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau **A. M. Wiander**, В. О. 7 л. д. 6, кв. 6.
Marie Mohl, В. О. 1 л. д. 44, кв. 3.
M. Winkler, Моховая ул. д. 29, кв 5, bei Frau Ewald.
Frau **Duhtzmann**, Демидовъ пер. д. 9, кв. 9.
А. А. Щукина, Бассейная 14, кв. 35.
E. van der Vliet, Екатер. кан. 166, кв. 25.
Pauline Gebhardt, Вас. Остр. Б. просп., № 5, кв. 18.
Fr. **Amalie Schulze**, Фонтанка 52, кв. 41 близъ Графскаго пер.

Verlag von CARL RICKER in St. Petersburg, Newsky-Prospect, Nr. 14.

HANDWÖRTERBUCH
der öffentlichen und privaten
GESUNDHEITSPFLEGE

Unter Mitwirkung von

hervorragenden Aerzten

herausgegeben von

Dr. O. Dammer.

Für Medicinalbeamte, Aerzte, Apotheker, Chemiker, Verwaltungsbeamte. Beamte der Kranken- und Unfallversicherung, Fabrikbesitzer, Fabrikinspectoren, National-Oekonomen, Landwirthe, Ingenieure und Architecten.

1891. Preis des Werkes 960 S. in Gr. Lex. 8°. 12 Rbl. Porto für 7 ℔.

Prof. Middendorp,

DER WERTH DES KOCH'schen HEILVERFAHRENS GEGEN TUBERCULOSE

Preis 2 Mark.

WEITERE MITTHEILUNGEN ÜBER DIE VON

Prof. Dr. R. Koch

VERMEINTLICH ENTDECKTEN ABER NICHT BESTEHENDEN TUBERKELBACILLEN,

DEN FUNDAMENTALEN IRRTHUM IN SEINER LEHRE VON DER AETIOLOGIE DER TUBERCULOSE

UND DIE WERTHLOSIGKEIT UND DIE GEFAHREN SEINES HEILVERFAHRENS.

Preis 1 Mark. 2—2

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen

Довв. ценз. Спб. 14 Января 1892 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Wienecke, Katherinenhofer-Pr. № 15.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 3 St. Petersburg, 18. (30.) Januar **1892**

Ueber Chloroformbehandlung des Darmtyphus.

(Aus d. Hosp. der Börsenkaufmannschaft zu St. Petersb.).

Von

Paul Werner.

(Nach einem auf dem livl. Aerztetage in Walk gehaltenen Vortrage).

M. H. Wenn ich Ihnen heute eine neue Waffe vorzeige, die ich gegen einen alten Feind in's Feld führe, so habe ich zuerst bei der Frage zu verweilen: zeigt dieser Feind, der Darmtyphus, noch seine frühere Physiognomie, ist sein Bild nicht verändert, vielleicht in der Weise, dass er schwer erkennbar ist, oder hat er gar an Kraft verloren resp. gewonnen?

Nach Erfahrungen aus der Vergangenheit haben wir uns ja darauf gefasst zu machen, dass manche Krankheit auf die Dauer nicht stabil bleibt. Schon aus grauer Vorzeit schöpfen wir, nicht aus verbürgten Thatsachen sondern aus Andeutungen, eine solche Vermuthung; aber auch aus historischer Zeit haben wir unzweifelhafte Beispiele, wie sehr sich eine Krankheit in ihrem Wesen verändern kann.

Die Möglichkeit einer Veränderung im Bilde einer Krankheit hat besonders der Arzt in's Auge zu fassen, der, wie ich, für eine Reihe von Jahren nur sporadische Fälle von Typhus gesehen, nicht aber Gelegenheit gehabt, wie früher, beständig zahlreiche Fälle endemischer Krankheit in Hospitalbeobachtung zu haben.

In die Beobachtung, über welche ich Ihnen heute referire, trat ich, in Bezug auf die obige Frage, nicht unvorbereitet. Ich erwartete keineswegs dasselbe Bild des Darmtyphus wiederzufinden, wie ich es beispielsweise Anfang der 70-er Jahre in Moskau gesehen.

Der verstorbene Kliniker S. P. Botkin pflegte z. B. seine Schüler wiederholt darauf aufmerksam zu machen, wie sehr sich das Bild der Krankheit seit der Zeit seiner Studienjahre verändert habe. Zahlreiche mündliche Mittheilungen von Collegen bestätigten dies Factum; desgleichen der Augenschein bei Gelegenheit von Besuchen hiesiger Hospitäler im Laufe des letzten Jahrzehntes.

Aus dem Weiteren werden Sie ersehen, in welche Irrthümer derjenige verfallen würde, der sich bei Beurtheilung des Darmtyphus hier am Ort, in Bezug auf Anamnese, Diagnose und Prognose ausschliesslich an die Beschreibungen in den Handbüchern oder an das Eigenerfahrene aus früherer Zeit halten wollte. Nur genaue Kenntniss des gegenwärtigen Charakters der Krankheit schützt vor möglichen Trugschlüssen in der Therapie. Wenn es sich z. B. ereignen sollte, dass nach Anwendung neuer Medication eine früher nicht beobachtete schroffe Wendung zum Besseren öfters eintreten sollte, so wäre man nur zu geneigt, letztere von der therapeutischen Einmischung abhängig zu denken.

Darum, m. H. Collegen, erlauben Sie wohl, ehe ich über meinen Versuch der Chloroformbehandlung berichte, Ihnen ein Bild der Krankheit zu entwerfen, wie sich mir dasselbe im Jahre 1890 dargeboten.

Diese Beobachtungen, vor Einleitung der Chloroformbehandlung, erstrecken sich auf 102 Fälle.[1]) Nach dem Alter gruppiren sich dieselben folgendermaassen:

Unter 16 Jahren waren	4.
Von 16 bis 20 J.	55.
» 21 » 25 »	25.
» 26 » 30 »	10.
» 31 » 35 »	4.
» 36 » 40 »	4. [2])

Alle mit Ausnahme Zweier hatten ihr Domicil im Wassili-Ostrowschen Stadttheil, ein Umstand, dessen ich besonders erwähne, weil dieser Theil der Stadt, auf einer Insel gelegen, in Bezug auf mögliche Localeigenthümlichkeiten einer Krankheit als besondere Stadt betrachtet werden könnte.

[1]) Im Lauf des J. 1890 waren im Ganzen 111 Typhuskranke im Hospital; 9 derselben wurden bereits der Chloroformbehandlung unterworfen, sie sind daher hier nicht mitgezählt.

[2]) Das Hospital der St. P. Börsenkaufmannschaft ist ausschliesslich für Männer.

Im Mittel traten die Patienten am 9. Tage der Krankheit in Behandlung; in der ersten Woche nur 32%.

Von Allen waren nur drei in St. Petersburg geboren. Von den Uebergesiedelten befanden sich weniger als 6 Monate am Ort 55, von 1 bis 3 Jahren 15, der Rest seit mehreren Jahren. Es bestätigt sich also wiederum das Gesetz von der grösseren Ansteckungsfähigkeit der Nichtacclimatisirten.

Die Anzahl der von mir beobachteten Fälle ist somit eine verhältnissmässig geringe. Ich hielt mich daher nicht für competent, mit derselben an die Oeffentlichkeit zu treten, umsomehr, da mir bekannt, dass es hierzu viel Competentere giebt, so z. B. einen Collegen hier am Ort, der mit dem Sichten und Ordnen eines Materials beschäftigt ist, welches weit über tausend Fälle umfasst. Aber ein Beweggrund ist es, in dem ich nicht nur die Berechtigung, sondern die Verpflichtung frühzeitigster Veröffentlichung erblicke: Jede bis dahin noch nicht notirte Veränderung im Wesen einer Krankheit kann ja die Einleitung zu etwas Bleibendem bedeuten, muss daher so früh als möglich zur allgemeinen Kenntniss gebracht werden, um vorzeitig die Aufmerksamkeit auf den Gegenstand zu lenken. Ist es doch überaus wünschenswerth, dass bereits die allerersten Anfänge einer Veränderung bemerkt würden. Es ist aber schwer anzunehmen, dass solche Veränderungen nur localer Natur sein sollten.[3])

Wo ich in dem Nachfolgenden zu Vergleichen zwischen sonst und jetzt Veranlassung finden werde, verstehe ich unter ersterem das Krankheitsbild, wie es mir aus den 60-er Jahren (Dorpat) und Anfang der 70-er Jahre (Moskau) in der Erinnerung fixirt ist, und wie solches auch völlig mit den Beschreibungen in älteren, aber auch neuesten Handbüchern übereinstimmt.

Bei einer allgemeinen Uebersicht der 1890 beobachteten Fälle erscheint mir zunächst erwähnenswerth die Gruppirung je nach der Schwere derselben.

Die althergebrachte Eintheilung in «leichte, mittelschwere und schwere» steht zwar nicht auf festen Füssen, insofern sie die Feststellung der Grenzen subjectivem Ermessen anheimstellt; in praktischer Hinsicht hat dieselbe aber ihre Berechtigung.

Da ist es nun, verglichen mit Vergangenem, in die Augen fallend, dass die Gruppe der leichten Fälle sehr erweitert erscheint und zwar auf Kosten der mittelschweren, die sehr zusammengeschrumpft ist. Auch die Gruppe der schweren oder allerschwersten ist gegen früher bedeutend verringert, aber zugleich, so zu sagen, verdichtet, d. h. die einmal zu derselben als zugehörig erkannten lassen nur den übelsten Ausgang erwarten.

In der Gruppe der «leichten» finden sich die auffälligsten Abweichungen im Verlauf, schon darin, dass zu ihnen die meisten der «plötzlich» Erkrankten gehören. In ihren Unterschieden von den anderen entfernen sie sich aber viel weiter, als die entsprechenden früherer Beobachtung. Mit anderen Worten: es werden jetzt viel crässere Unterschiede zwischen «leicht» und «schwer» wahrgenommen als früher.

Der allgemeine Eindruck, wie ich solchen aus meinen Beobachtungen seit dem J. 1890, auch bei Besuchen anderer Krankenhäuser, gewonnen, lautet dahin, dass der Darmtyphus der Gegenwart ein in die Augen fallend milder geworden. In wie weit dieser Eindruck der Wirklichkeit in Bezug auf das allendliche Resultat, das Sterblichkeitsverhältniss, entspricht, darüber, m. H., werde ich Ihnen zum Schluss meines Referates Rechenschaft geben.[4])

Die von mir im J. 1890 beobachteten Abweichungen im Verlauf des Darmtyphus erlaube ich mir Ihnen in der Weise vorzuführen, dass ich nacheinander die Erscheinungen in folgender Reihenfolge bespreche:

1. Das Prodromalstadium. 2. Allgemeinbefinden und Sensorium. 3. Das Fieber. 4. Erscheinungen von Seiten des Darmtractus. 5. Sonstige Begleiterscheinungen. 6. Ausgänge und Sectionsbefund.

1. Das Prodromalstadium.

Früher hatte man die Berechtigung, einen Darmtyphus auszuschliessen, wenn es sich um einen Kranken handelte, der, gestern völlig gesund, heute eine Temperatur von 40° und darüber zeigte. Gegenwärtig und hier am Ort würde man in schweren Irrthum verfallen, wollte man sich von solcher Richtschnur leiten lassen.

Wenn überhaupt die Zahl Derjenigen eine sehr geringe ist, — etwa der zehnte Theil, — bei welchen ein in früherer Weise protrahirtes Vorläuferstadium zu constatiren ist, so fehlte ein solches gänzlich bei 38% Aller.

Hierbei sehe ich mich veranlasst, Folgendes besonders hervorzuheben: Da nur in den seltensten Fällen die Kranken gleich von Beginn an zur Beobachtung kamen, so lässt sich die Anamnese nur auf Aussagen bauen. Hier, wie wohl auch anderwärts, ist es nichts Seltenes, dass der Patient seine Krankheit vom Tage der vollen Arbeitsunfähigkeit, deutlicher Entkräftung oder völliger Appetitlosigkeit datirt. Mit den Gepflogenheiten aller Bevölkerungsschichten seit 20 Jahren wohlvertraut, habe ich mich selbstverständlich nie mit kurzen Antworten der Kran-

[3]) Gegen die Bemerkung eines Collegen auf dem livl. Aerztetag, ich hätte «das Bild einer ganz neuen Krankheit» vorgeführt, erlaube ich mir Folgendes aus einem Vortrage des Dr. Fiedler in Dresden, geh. am 26. Jan. und 16. Febr. 1884 anzuführen (Ref. in «Fortschr. d. Med. 1885 Nr. 24): Der Typhus verläuft seit langer Zeit in vieler Hinsicht unregelmässig und abnorm. Die schönen und charakteristischen Temperaturcurven bekam er nur selten zu Gesicht, häufig zeigte das Fieber schon in der Mitte oder zu Ende der ersten Woche den Typus der Febr. remittens oder selbst intermittens. Im Initialstadium zeigte sich selten der staffelförmige Anstieg, sondern innerhalb weniger Stunden war meist die Maximalhöhe erreicht. Häufig kam ein kritischer Abfall des Fiebers zu Stande......

Kurz, F. ist der Ansicht, dass der T. abd in Dresden in klinischer und pathologisch-anatomischer Hinsicht eine andere Gestalt angenommen hat.»

Aus New-York wurde kürzlich gemeldet, dass dort der Abdominaltyphus so einsetzt. wie etwa Intermittens. Also gleiche Beobachtungen aus sehr weit auseinanderliegenden Orten.

[4]) Ich nehme aber Veranlassung zu betonen, wie Vielerlei bei Anstellung solcher Vergleiche für verschiedene Zeitperioden und an verschiedenen Orten zu berücksichtigen bleibt, wie scheinbar gleiches statistisches Material möglicherweise doch sehr verschieden sein kann.

Ein Factum z. B., für das ich mich verbürgen kann, ist es, dass in der Typhusabtheilung, die mir vor 20 Jahren in Moskau unterstellt war, stets mehr als die Hälfte Soporöser waren, während ich jetzt kaum einen solchen auf 10 zähle. Das Bild ist also ein ganz verändertes. Dieses Factum hat, in Verbindung mit vielen anderen, als Glied einer Kette zahlreicher Beobachtung Vieler, gewiss seine Bedeutung. Doch darf sie, als Einzelerscheinung nicht immer so aufgefasst werden, als wäre sie der richtige Ausdruck für das am Ort Giltige, wie solches allerdings gegenwärtig in Petersburg wohl der Fall ist. Gegenwärtig sind bei uns die Verhältnisse so gestaltet, dass unsere Stadthospitäler stets und besonders bei nicht extensiver Epidemie, ausgiebig Raum für alle Infectiösen bieten; zweitens kann es, dank einer ebenso vorsorglichen als energischen und aufgeklärten Administrativgewalt, kaum je vorkommen, dass ein Kranker, dessen häusliche Verhältnisse solches gebieten, nicht alsbald der Hospitalbehandlung überwiesen würde; ausserdem ist das Vertrauen der städtischen Bevölkerung zur Anstaltsbehandlung ein durchaus normales.

Ganz anders lagen diese Verhältnisse vor 20 Jahren in Moskau. Wir sind also gegenwärtig vollberechtigt anzunehmen, dass bei uns eine Infectionskrankheit mit all ihren Variationen und Ausläufern der Hospitalbeobachtung ganz zur Verfügung steht, dass das Hospitalbild ein getreuer Spiegel der Epidemie ist. Früher und anderorten mögen die leichteren Fälle wohl kaum in die Hospitäler gekommen sein; wahrscheinlicher ist es, dass die letzteren es mehr mit dem, so zu sagen, abfiltrirten Rückstande der Materie zu thun hatten. Uebrigens vollzieht sich, durch die Umstände geboten, auch am Hospital der Börsenkaufmannschaft eine solche, zwar sehr geringfügige «Filtration»: wegen geringer Bettenzahl können nicht alle sich Meldenden Anfnahme finden. Die Zurückweisungen treffen selbstverständlich die **leichten Fälle**.

ken begnügt, sondern habe stets nach den geringsten Anzeichen beginnenden Unwohlseins, Unbehagens, verminderten Appetites oder verringerter Arbeitsleistung gespürt. Doch auch mit den scheinbar verlässlichsten Aussagen der Kranken habe ich mich nicht begnügt; nur diejenigen derselben habe ich für vollgiltig angenommen, die mir von Angehörigen, Schlafgenossen etc. präcise und zuverlässigst bestätigt wurden.

Wo ich also notirt: «plötzlich erkrankt», da hat es die Bedeutung, wie etwa aus folgenden in Kürze angeführten Beispielen erhellt: kräftiger junger Mann, vom Börsenartell, verrichtet am 21. Juni bis spät Abends recht schwere Arbeit: Packen, Abladen etc. Nach vollendeter Tagesarbeit fühlt er sich so frisch, dass er eine Vergnügungsfahrt unternimmt. Spätes Abendessen bei ausgezeichnetem Appetit. Nachts ein Frostanfall, danach Kopfschmerz; Morgens nicht im Stande, das Bett zu verlassen. Am 22. Juni Mittags Temper. 40,8° und damit der Beginn eines dreiwöchentlichen mittelschweren Typhus. Oder: Arbeiter von 26 Jahren. Fühlt sich am Abend des 24. Aug. so wohl und frisch, dass er nach vollbrachtem Tagewerk mit Anderen einen weiten Spaziergang in den Wald — Pilze zu suchen — unternimmt. In völliger Munterkeit kehrt er spät Nachts heim, um am anderen Morgen mit Kopfschmerzen zu erwachen; jeder Versuch sich zum Aufstehen zu zwingen, scheitert, er bleibt bettlägerig. Am 26. Aug. Temper. 39,6°.

Solche plötzliche Erkrankungen sind, wie angeführt, in 38% aller Fälle notirt.

Hiernach haben wir keine Berechtigung mehr, aus dem Umstande, dass eine Erkrankung so beginnt, wie etwa das Recurrens- oder Wechselfieber, zu schliessen, dass kein Darmtyphus zu erwarten sei.

Die in dieser Weise beginnenden Fälle bieten meist die höchsten Temperaturen, bis 41°, im Beginn der Krankheit, dabei die allerhöchsten unter den in dieser Zeitperiode an Typhösen beobachteten.

Es wird hiermit ein anderer aus der Vergangenheit übernommener Satz umgeworfen, dass nämlich «die Prognose dort bedenklich, ein sehr schwerer Verlauf dort zu erwarten sei, wo gleich in der ersten Woche die Temperatur 40° und darüber erreicht» (Niemeyer und Andere).

Im Gegentheil, diese plötzlich einsetzenden Fälle sind gewöhnlich die prognostisch günstigeren, möglicher, ja wahrscheinlicher Weise, weil die Betroffenen sofort bettlägerig, hilflos werden und ihnen damit die Möglichkeit genommen ist, ihre Kräfte abzunutzen, wie solches ausnahmslos in Fällen protrahirten Prodromalstadiums geschieht.

Unter den Schwersten kommen Fälle von plötzlicher Erkrankung nur äusserst selten vor; unter den mittelschweren etwas häufiger. Etwa die Hälfte aller Kranken boten ein gegen früher «abgekürztes» Prodromalstadium, von etwa 3 bis 4 Tagen.

2. Allgemeinbefinden und Sensorium.

Wenn wir von den Symptomen absehen, welche von Localprocessen der Krankheit abhängig sind, so hat man die Allgemeinerscheinungen beim Darmtyphus in der Hauptsache auf zwei Quellen zurückzuführen: zum geringeren Theil auf das Fieber, zum grösseren aber auf das specifische Gift, eine Blutentmischung, bedingt durch Aufnahme specifischer Zersetzungsstoffe.

Die Symptome derselben, beginnend mit den leichtesten Graden von Apathie bis zu totaler Gleichgiltigkeit, ausgesprochener Somnolenz und weiter völligem Verlust des Bewusstseins, herabgesetzter oder gar ganz geschwundener Sensibilität, Sopor, Stupor fehlten viel häufiger, als in früheren Zeiten beobachtet.

Zunächst in den leichteren Fällen, die sich als solche durch kurzwährendes und rasch abfallendes Fieber, hauptsächlich aber durch Fehlen bedrohlicher Darmerscheinungen kennzeichnen, war nichts zu bemerken, was auf eine Blutentmischung zu beziehen wäre. Unruhe, Durst, gestörter, aber kaum für länger unterbrochener Schlaf — dies aber auch mehr für die stürmische Anfangsperiode — waren die Symptome, wie solche bei jeder fieberhaften Krankheit zu beobachten sind.

Es ist dies auffallend, wenn man bedenkt, wie in den früher als «leicht» bezeichneten Fällen bei gleicher Dauer, aber viel geringerem Fieber, als in den gegenwärtig von mir so bezeichneten, ausnahmslos ein, wenn auch noch so geringer Grad der Narkose, geringe Schläfrigkeit, Apathie und etwas undeutliche oder traumhafte Erinnerung für die Dauer der Krankheit zu beobachten waren.

Unter «mittelschweren» verstehe ich solche, die nach Aufnahme ins Krankenhaus 10 bis 20 Tage anhaltend hohes Fieber zeigen und bei denen die Erscheinungen von Seiten des Darms, auf die es eben hauptsächlich ankommt, ein- oder mehrmals eine Wendung nehmen, die einen Uebergang zu Schwerem oder Schwerstem befürchten lassen. Bei diesen ist das Allgemeinbefinden folgendes: Geklagt wird über Schwindelgefühl beim Erheben, selten und meist nur im Anfang über Kopfschmerz, zuweilen über Schlaflosigkeit, Träume, selten und mehr auf Befragen über Schmerz im Unterleibe. Meist ist aber der Schlaf anhaltend, zuweilen $^3/_4$ der Tageszeit andauernd. Dabei keine Somnolenz. Die Kranken sind ruhig, einsichtig, lassen sich gern über ihren Zustand aufklären, bleiben theilnehmend. Bei nachträglicher Prüfung erweist sich, dass im Bereich der psychischen Sphäre nur eine Alteration des Gedächtnisses für die Dauer der Krankheit zu constatiren ist.

Kommt es aber bei einem Kranken, der im Beginn ein solches Bild dargeboten, zu einer üblen Wendung d. h. lassen die Darmerscheinungen auf eine anfangs nicht zu erwartende Verschärfung und Ausbreitung des Localprocesses schliessen, dann entwickeln sich die schweren Gehirnsymptome sehr schnell, nicht in der früher gewohnten, unmerklich ansteigenden Weise.

Unter den Allerschwersten, den elf Gestorbenen, befinden sich nur zwei, an denen von der ersten Woche der Krankheit an jener schleichende Uebergang in den soporösen Zustand bemerkt wurde. Dieselben boten auch sonst, in Bezug auf Prodromalstadium bis zum Befunde auf dem Sectionstisch,[5]) ein dem früheren entsprechendes Bild. Von den Complicirten ging einer an Gangraena tonsillarum et fauc. und retropharyngealer Eiterung zu Grunde. Bei diesem entwickelte sich der Sopor mit Auftreten der Gangraen.[6]) Bei einem Anderen, der eine alte Eiterung des Mittelohres — Durchbruch des Trommelfelles — hatte, und der einer eiterigen Meningitis erlag, waren die Symptome von Seiten des Gehirns intra vitam auf die Complication zu beziehen.

Bei den Uebrigen fehlten zwar jene schwersten, dem Darmtyphus eigenen, auf specifische Vergiftung des Centralnervensystems deutenden Erscheinungen nicht; sie entwickelten sich aber nicht in unmerklich zunehmender Weise, wie wir es zu sehen gewohnt sind, zeigten oft Unterbrechungen von lichteren Perioden und waren Stumpfsinn und Verlust der Sensibilität nicht vollständig. Namentlich in dem oft sehr lange währenden Todeskampf wurde Wiederkehr wenn auch getrübten Bewusstseins, Klagen und Schmerzäusserungen beobachtet.

3. Das Fieber.

In Bezug auf dieses finden sich die grössten Abweichungen von dem altbekannten Bilde.

Eine typische Fiebercurve nach den früher giltigen Gesetzen findet sich noch seltener, als Fälle mit überhaupt regelrechtem Verlauf.[7]) Erwähnt ist bereits, dass dieselbe

[5]) Reiner Ileotyphus, fast ohne Betheiligung des Dickdarms.
[6]) Alter Geschwürsprocess und Narbengewebe im Kehlkopf.
[7]) Häufiger, als ich es angebe, würde sich die Fiebercurve

nicht selten gleich im Beginn steil einsetzt; sie pflegt dann oft vom ersten Tage an rasch abzufallen. Es sind das Fälle mit ganz stürmischem Anfang; nach einem Schüttelfrost oder auch geringeren wiederholten Frostanfällen zeigt der Kranke geröthetes Gesicht, injicirte Conjunctivae, bei sehr beschleunigter erschwerter Athmung, aber selten entsprechend beschleunigtem Puls, verbunden mit grosser Unruhe, Delirien im Schlaf, schreckhaften Träumen. In anderen Fällen bleibt die Temperatur länger in ziemlich gleicher, aber verglichen mit dem Beginn etwas geringerer Höhe, um dann erst den Rückzug anzutreten.[8])

Im ganzen Verlauf des Fiebers, am häufigsten gegen das Ende[9]), aber auch in der Mitte und im Anfange der Krankheit, finden sich Remissionen und Intermissionen. Diese letzteren dauern fast niemals 24 Stunden, einen ganzen Tag an, meist nur wenige Stunden oder, seltener, mehrere Tage.

Dauert nun die Unterbrechung des fieberhaften Zustandes längere Zeit an, z. B. zwei Tage und darüber, dann entsteht die Frage, ob es sich um verlängerte Intermissionen oder um Recidive handelt? Selten nur lässt sich diese Frage so ohne Weiteres beantworten. Selbstverständlich ist es eine Intermission, wenn der Fieberabfall einen halben Tag dauert, dann aber Fieber und sonstiger Verlauf die deutliche Fortsetzung des Begonnenen bieten. Und selbstverständlich heisst es ein Recidiv, wenn bei einem bereits Genesenen ein neuer Schub der Krankheit und damit auch das Fieber auftritt.[10])

In jedem einzelnen Fall beantwortet sich die Frage bald in dem einen, bald in dem anderen Sinn. Es giebt aber auch Fälle, wo sie eine offene bleiben muss.

Soweit es sich um wirkliche Intermissionen handelt, werden solche von nur mehrstündiger Dauer kaum je subjectiv als Erleichterung empfunden; aber auch nicht immer diejenigen, die ein paar Tage dauern, wie überhaupt dem plötzlichen Abfiebern selten eine Besserung des Gemeingefühls auf dem Fusse zu folgen pflegt. Die Intermission wird ebenso oft von Schweissausbruch begleitet, als auch nicht. Eine Erklärung dafür in irgend welchen Veränderungen der Krankheitsprocesse liess sich nicht finden.

Was die Häufigkeit der Intermissionen betrifft, so ist bereits angeführt, dass eine in ununterbrochener Reihe hohe Temperaturen bietende Curve fast zu den Ausnahmen gehört. Die gegen das Ende sonst zu beobachtenden Remissionen gestalten sich jetzt zu Intermissionen; sobald jetzt einmal erst eine Tendenz zum Sinken der Temperatur bemerkt worden, kann man darauf gefasst sein, Intermissionen für die Morgenstunden zu sehen, während Abend- und Nachttemperaturen um 2 bis 3 Grade höhere bleiben und zwar in schwereren Fällen eine Woche lang und darüber.

Doch diese fast die Regel bildenden Temperaturdifferenzen in der zweiten Hälfte der Krankheit halte ich für weniger erwähnenswerth, als die Intermissionen, welche sich mitten in den Verlauf der noch ungeschwächten Krankheit hineindrängen. Wie erstere stets als Anzeichen dafür zu deuten sind, dass die Gewalt der Krankheit gebrochen, so haben auch letztere eine durchaus günstige Bedeutung. Es kamen zwar solche plötzliche Intermissionen selten auch bei den leicht verlaufenden Fällen vor, doch von ganz anderer Art, nämlich nur als Collapserscheinung, während sie sonst nicht im mindesten das momentane Bild der Krankheit störten und namentlich durchaus nicht einen Schwächezustand bedeuteten. Die Ansicht, dass sie als Zeichen eines abgeschwächten Krankheitserregers zu nehmen seien, wird dadurch hervorgerufen, dass sie in den schweren und mittelschweren Fällen äusserst selten, in den leichten, aber anfangs stürmisch verlaufenden sehr oft auftreten.

Die Recidive in Bezug auf Temperatursteigerung bedeuten nur in Ausnahmefällen die Erneuerung einer schon abgelaufenen Krankheit, wie in dem citirten Falle, sondern die Tendenz einer schubweisen Fortsetzung derselben.[11])

Charakteristisch für die Krankheit, wie sie hier jetzt zur Beobachtung kommt, ist, dass man diese Recidive sehr lange Zeit hindurch zu befürchten hat und dass sie um so häufiger auftreten, je leichter und kürzer der Verlauf gewesen. Schon im Anfang meiner Beobachtung hierauf aufmerksam gemacht, verdoppelte ich meine Vorsicht in Bezug auf den Entlassungstermin der Kranken, auch wo sie scheinbar ganz genesen waren.[12]) Es stellte sich heraus, dass man selbst 14 Tage nach Abfall des Fiebers noch dessen nicht sicher sein kann, dass nicht ein neuer Schub des Fiebers auftrete.

Ob aber solch eine neue Temperaturerhöhung nicht die Bedeutung eines neuen Schubes des Darmprocesses habe, das lässt sich nie vorausbestimmen.

So ein Fieberrecidiv erscheint und schwindet, nachdem es bald einige Stunden, bald einige Tage bestanden, ohne dass irgend ein Anhaltspunkt, auch nur eine Vermuthung über Entstehung und Ursache gewonnen würde. In manchen Fällen steht es im Zusammenhang mit den später zu erwähnenden Vorgängen an der Milz.

Endlich aber ist es entweder die Einleitung oder bereits ein Symptom einer Erneuerung des Processes am Darm. In diesem Falle findet man gleich mit Beginn der Fiebererhöhung oder gleich nach derselben das Auftreten von Meteorismus oder flüssige Ausleerungen, wo dieselben entweder längst normal geworden oder gar während des ganzen Verlaufs normale gewesen; unvergleichlich seltener beobachtet man Verlust oder auch nur Verminderung des Appetites. Sonstige Störungen im Allgemeinbefinden, wie auch Kräfteverlust, treten selten gleichzeitig mit der Temperaturerhöhung ein, sondern folgen erst bei längerer Dauer derselben.

In der bei Weitem grössten Mehrzahl aller Fälle bleibt die Temperaturerhöhung ohne Folgen. Es gab einen Fall von Recidiv, wie angeführt, mit tödtlichem Ausgang; bei einigen Kranken, 5 bis 6, kam es zu Erscheinungen, die deutlich auf einen weiteren Schub des Darmprocesses hinwiesen, aber in wenigen Tagen mit Genesung endigten. Wenn man hiermit die unzähligen Fälle von Temperatursprüngen vergleicht, bei denen es sein Bewenden hatte und die meist sogar nicht bemerkt worden wären, wenn nicht an den Convalescenten die Messungen fortgesetzt würden, so hätte es den Anschein, als brauchte man den-

als eine mit dem Hergebrachten übereinstimmende erweisen, wollte man sich mit zweimaligen Messungen in 24 St. begnügen. Meine Beobachtungen beziehen sich auf 5 bis 6 Mal vorgenommene Messungen; die Abweichungen — Intermissionen — zeigen sich aber oft zu unerwarteten Stunden, die Remissionen zuweilen zu früherer Tageszeit als sonst.

[8]) Im Durchschnitt verbrachten die Kranken 28,7 Tage im Hospital, darunter an fieberlosen Tagen im Mittel 11,4 Tage. Zu den fieberhaften Tagen wurden auch diejenigen gerechnet, an welchen wenn auch nur die geringste und kurz währende Temperaturerhöhung, beispielsweise bis 37,8 — 38,0, bemerkt wurde.

[9]) Wie ja auch früher beobachtet, nur jetzt viel häufiger.

[10]) Einer der bei mir Verstorbenen hatte nach überstandenem leichtesten Typhus von im Ganzen 14 tägiger Dauer die völlige Genesung abgewartet und bot nur noch ein geringes Deficit an Kraft bei ausgesprochener Anaemie. Am 12. Tage nach dem Fieberabfall, während welcher Zeit kein Mal eine Temperaturerhöhung eingetreten war, erneuerte sich plötzlich die Krankheit, von vornherein viel stürmischer und bedrohlicher als das erste Mal, und führte im Beginn der 3. Woche zum Tode.

[11]) Wie solches der Sectionsbefund bestätigt.

[12]) Unsere «Abtheilung für Genesende» erleichterte mir wesentlich diese Sache. Auch hierbei zeigt es sich, um wieviel eine demonstratio ad oculos wirkungsvoller ist als Auseinandersetzungen und Ermahnungen: jeder Convalescent hatte mehr als einmal Gelegenheit zu sehen, wie «Genesene» aus dieser Abtheilung wieder zurücktransportirt werden mussten.

selben keine grosse Bedeutung beizulegen. Das ist keineswegs der Fall, denn es muss in Betracht gezogen werden, dass in jedem einzelnen Fall, sobald eine ungehörige Temperatursteigerung bemerkt wurde, sofort alle Vorsichtsmaassregeln ergriffen wurden: es erfolgte eine Herabsetzung der Diät, es wurde Bettruhe verordnet etc. Trotz dieser Vorsicht und des langen Verweilens der Convalescenten im Krankenhause ist es doch vorgekommen, dass Entlassene wegen leichter Recidiverscheinungen dasselbe wieder aufgesucht haben. Ein Grund mehr zu grösster Vorsicht.

4. Die Darmerscheinungen.

Die Erscheinungen von Seiten des Darms sind auch in sehr weiten Grenzen schwankende. Sie sind es, die dem ganzen Bilde das Gepräge und den Ausschlag geben.

In der Minderzahl der Fälle, in denjenigen, die ich in ihrem ganzen Verlauf als von dem Früheren nicht abweichende bezeichnet habe, zeigen sich auch in Bezug auf die Darmerscheinungen keine Abweichungen von dem Hergebrachten, bei den übrigen aber die grössten Verschiedenheiten.

Häufiger als früher sind die Fälle, wo gar kein Durchfall besteht, der Stuhlgang sogar retardirt ist. Zuweilen weicht derselbe nur in Geruch und Färbung von dem normalen ab (ausserordentlich dunkel bis schwärzlich); oder es erfolgt dazwischen einmal eine flüssige, charakteristisch «typhöse» Ausleerung. In der Mehrzahl erfolgen solche, auch wo Durchfall besteht, nicht häufig, zwei bis vier Mal in 24 Stunden und sind nicht reichlich, 150 bis 250 oder 300 Ccm. pro die.[13])

Von diesen zu den schwersten Fällen sieht man kaum einen Uebergang; in letzteren werden die Ausleerungen sowohl häufig (bis 20 und mehr in 24 Stunden), als auch copiös (bis 4000 Ccm. in 24 St., ungerechnet das Verlorene). Der Stuhlgang erfolgt dann oft im Bett, nicht weil der Kranke etwa empfindungslos ist, sondern weil bei dem plötzlichen Andrang zuweilen die Hilfe nicht rechtzeitig kommt.

Doch das Entscheidende liegt nicht in dieser Erscheinung. Ein oft sehr heftiger Durchfall, wie z. B. nicht selten bei dem stürmischen Anfange der Krankheit, mindert oder verliert sich in kurzer Zeit.

Das prognostisch Wichtigste liegt in der Frage nach dem Vorhandensein und dem Grade des Meteorismus.

Er fehlt oder ist sehr gering in allen rasch und günstig verlaufenden Fällen.

Hochgradigster Meteorismus, anhaltend, macht die Prognose stets bedenklich, meist zu der allerungünstigsten. Er bedeutet einen sehr ausgebreiteten, namentlich auch tiefgreifenden Darmprocess. Der Durchfall hat diese Bedeutung nicht; er dient nur als Ausdruck des begleitenden Katarrhs, der nicht im Verhältniss zu der Schwere der Darmläsion zu stehen braucht.

Bei allen Verstorbenen und denen, die sich in Lebensgefahr befanden, war hochgradigster Meteorismus, der nicht weichen wollte, das constante Symptom.

Etwaige Verschlimmerungen im Laufe der Krankheit werden von einer Steigerung desselben eingeleitet oder begleitet; umgekehrt eine eintretende Besserung.

Prognostisch ist diese Auftreibung des Leibes soweit verwerthbar, dass bei höchsten Temperaturen und sonst bedenklichen Erscheinungen das Nichtvorhandensein dieses Symptoms jede Befürchtung fast mit Sicherheit ausschliessen lässt. Die Schmerzhaftigkeit im Leibe ist im Allgemeinen eine bedeutend geringere, als früher beobachtet wurde. Ich erinnere nur an das «schmerzverzerrte Gesicht» sogar Besinnungsloser, während jetzt spontane Schmerzensäusserungen selten und in nicht hohem Grade vorkommen, selbst in schweren Fällen und bei klarer Besinnung; es ist dies um so auffallender, da, wie der Leichenbefund lehrt, die Zerstörungen im Darm sehr weitgreifende sind.[14]) Eine gewisse Schmerzhaftigkeit, mindestens Empfindlichkeit auf Druck, fehlt fast nie; sie ist fast ausnahmslos auf eine ziemlich genau begrenzte Stelle beschränkt, auf der rechten Seite des Leibes, in der Mitte einer von der Spin. il. anter. zum Nabel gezogenen Linie.

Blutungen kommen entschieden häufiger vor als früher. Selbst in scheinbar normalen, nur dunkler gefärbten Stühlen, in denen makroskopisch keine Beimengung von Blut bemerkbar ist, finden sich unter dem Mikroskop meist veränderte Blutscheiben.

In zahlreichen Fällen findet sich Beimengung von reinem Blut, angefangen von vereinzelten Tröpfchen, und zwar bei consistenteren Ausleerungen. Endlich in schweren und verzweifelten Fällen kommt es zu erheblichen Blutbeimengungen zu flüssigen Ausleerungen oder zur Entleerung von Blut per se theils in flüssigem, theils in frischgeronnenem Zustande (bis $^1/_2$ Pf. und darüber).

Was die Frage von der Häufigkeit der Blutungen betrifft, so kann ich über die zuerst erwähnten keine Zahlenangaben machen, da mikroskopische Untersuchung aller oder auch nur der meisten Ausleerungen zu den Unmöglichkeiten gehört. Die zweiterwähnte Erscheinung, deutliche Quantitäten von reinem Blut, habe ich an 11 Kranken 30 Mal notirt.

Gefahr bringende Blutungen kamen bei 4 Kranken vor.[15])

5. Von sonstigen Begleiterscheinungen sind erwähnenswerth:

Die Hauteruptionen. Alle waren ganz unabhängig von der Schwere des Falles. Sie zeigten ein periodisches Auftreten, d. h. erschienen nicht vereinzelt, sondern meist bei mehreren Kranken auf einmal, waren an gewisse Zeiten gebunden. Wie 1890 so auch im laufenden Jahr waren sie meist in den Sommermonaten häufig.

Die den Darmtyphus gewöhnlich begleitende Roseola[16]) fehlte zuerst ganz. Bei Vorhandensein zeigte sie bald keine Abweichungen von dem Gewohnten, bald aber solche in der Localisation, der Zeit des Auftretens und der Verbreitung. Statt der gewöhnlich undeutlich schmutzig-rosa Färbung hatten die Flecken eine lebhaftere helle Färbung, traten nicht selten in der zweiten Hälfte, gar gegen Ende der Krankheit auf, erschienen zuerst in der Lenden- oder Kreuzbeingegend und hatten oft einen grossen Verbreitungsbezirk. In den Fällen, wo sich eine lebhafte Roseola über Rumpf, Extremitäten und Gesicht verbreitete, lag die Annahme einer «Mischform» des Typhus (Darm- und exanthem. Typhus) nahe. Dagegen aber spricht die Zeit des Auftretens, nämlich bei Nachlass der Krankheitserscheinungen, ausserdem, dass die Fälle mit ausgebreitetem Exanthem meist zu den leichteren gehörten. Die Zeitdauer des Ausbruches und Schwindens des Exanthems war eine sehr verschiedene; ersterer erfolgte, wo die Kranken dasselbe nicht bereits mitgebracht hatten, bald so langsam, dass es mehrere Tage dauerte ehe die Roseolaflecken in beträchtlicher Anzahl deutlich zu Tage traten; in anderen Fällen waren in zweimal 24 Stunden grössere Hautbezirke von demselben eingenommen. Im Allgemeinen liess sich constatiren, dass rasch deutlich gewordenes und rasch verbreitetes Exanthem viel schneller zum Schwinden kam, als die wenigen an begrenzten Bezirken der Bauch- und Brustgegend langsam entstandenen Flecken.[17])

---

[13]) Die Quantität wurde fortlaufend in graduirten Gefässen gemessen.

[14]) Noch auffallender wird diese Beobachtung im Vergleich mit den entsetzlichen Schmerzen und Qualen, welche bei einem anatomisch-patholog. so ähnlichen Process, dem ulcerösen Darmprocess bei Malaria, nie fehlen.

[15]) Im laufenden Jahr 5 Mal.

[16]) Vergl. in Bezug hierauf «Fiedler» l. c.

[17]) Auch dieses gilt nicht ohne Ausnahme. Eben, November 1891, ist im Hosp. ein Fall von mittelschwerem Typhus, bei welchem das Exanthem am 4. Tage nach der Aufnahme, etwa am 14. der Krankheit erschien, sich in kürzester Zeit über

Sehr oft wurde, auch periodisch sich häufend, eine über den ganzen Körper verbreitete, zuerst an Hals und Brust auftretende Miliaria beobachtet, und zwar gegen Ende der Krankheit. Die Bläschen standen ausserordentlich dicht und waren so fein, dass sie eher durch das Gefühl, als durch das Gesicht zu unterscheiden waren.

Mehrmals trat Urticaria auf, bald in einmaligem Ausbruch, bald in wiederholten Schüben. Ein Einfluss auf Temperatur und Allgemeinbefinden war nicht zu bemerken; das sonst hierbei so lästige Jucken war nicht vorhanden oder so gering, dass darüber nicht geklagt wurde; es wurde nur auf Befragen zugegeben.

Sowohl die weitverbreitete Roseola, als auch die letzteren Ausschläge kamen bei Schwerkranken nicht vor.

Bemerkenswerth ist ferner das Verhalten der Milz. Im Beginn und Verlauf der Krankheit war dieselbe ebenso oft nachweisbar vergrössert als auch nicht. Während der Periode des Nachlassens der Krankheitserscheinungen und der Genesung kam es oft zu ebenso plötzlichen als äolossalen Milzschwellungen. Diese erfolgen in verschiedener Weise. In einigen Fällen ist es eine einmalige Anschwellung, die in wenigen Tagen nicht mehr nachzuweisen ist; in anderen wiederholt sich der Vorgang zwei bis dreimal; meist dauert An- und Abschwellung zusammen nur einige Tage. In seltenen Fällen ist die Anschwellung eine andauernde. Einmal liess sie sich unverändert durch 3 Wochen constatiren, ehe es zu einer Abschwellung kam. Der Process entsteht und verläuft bald vom Kranken gar nicht empfunden, bald unter geringem erträglichem Schmerz (Stechen, oft nur bei Druck oder Bewegung), zuweilen aber auch unter unerträglichen stechenden und bohrenden Schmerzen, die dem Kranken keine Ruhe gönnen und ihn zu verzweifeltem Gebahren bringen. Immer erfolgt erhebliche Temperatursteigerung, bald der Milzschwellung vorhergehend, bald ihr folgend, auch wieder subjectiv zuweilen gar nicht empfunden. Bei längerer Dauer ist das Ausbleiben einer Störung des Allgemeinbefindens um so auffälliger, da das anhaltende sehr hohe Fieber einen bereits durch vorhergehende längere Krankheit Geschwächten betrifft. In einem Fall von 3 wöchentlicher Dauer dieses Nachfiebers mit Milzschwellung war Frösteln, bis zu anhaltendem Frieren, das einzige subjective Symptom, bei ausgezeichnetem Appetit und sehr geringer Abnahme der Kräfte. Dagegen bringen die mit den heftigen Schmerzen vergesellschafteten Schwellungen auch bei kurzer Dauer den Kranken sehr herunter.

Kein einziges Mal hatte dieser Vorgang, selbst nicht bei Kranken, die aus Malariagegenden stammten und früher an Wechselfieber gelitten hatten, einen ätiologischen Zusammenhang mit dieser Krankheit.[18])

Die Verzögerung der Convalescenz war eine recht erhebliche.

6. Ausgänge.

Bei einer allgemeinen Uebersicht der Krankheit gewinnt man den Eindruck, dass dieselbe in der Gegenwart eine gegen früher viel mildere Form angenommen habe. So richtig das ist—in den Ausgängen kommt es nicht zum Ausdruck

Zunächst betreffs der Convalescenz. Dieses langsame Wiedererwachen aus traumhaftem Zustand, dieses Aufdämmern des verlorenen Bewusstseins, diese schleppende Restitution verlorener Körper- und Geisteskräfte, wie solches früher die Regel bildete, gehört jetzt zu den Ausnahmen Namentlich zeigt sich während der Genesung, wie selten und wie wenig das Gehirn in Mitleidenschaft gezogen war. Selbst in Fällen längerer Fieberdauer, wo zeitweilig das Bewusstsein getrübt war und im Schlaf delirirt wurde, zeigt sich gleich im Beginn der Genesung lebhafte Theilnahme für das Umgebende, reges Interesse für das Eigene, oft noch ehe der Fieberabfall vollendet. Desgleichen erwacht schon sehr früh der Wunsch aufzustehen, nach Lectüre etc. Diesem entsprechend bessern sich auch die Körperkräfte rasch.

Aber Alles, oder fast Alles, was hierdurch an Kraft und Zeit für den Kranken gewonnen wird, geht verloren durch eintretende, mindestens anrückende Recidive. Die unmittelbare Convalescenz ist eine viel leichtere als früher, die völlige Genesung in Summa doch keine abgekürzte.

Aehnlich steht es auch in Bezug auf die Sterblichkeit. Der Procentsatz der Gestorbenen ist kein wesentlich geringerer, als er früher, wenigstens im letzten Jahrzehnt, unter günstigen Hospitalverhältnissen zu sein pflegte,[19]) bei mir gegen 11% Es liegt das daran, was ich schon mit den Worten andeutete: «es habe sich die Gruppe der schweren Fälle verdichtet», d. h. in den Fällen, wo einmal der Darmprocess ein sehr ausgebreiteter, da gehen die Kranken auch unrettbar verloren.

7. Sectionsbefund.

Bei den zwei Gestorbenen, die das gewohnte Bild eines schweren Typhus dargeboten hatten, fand sich auch in den Leichen der dem Gewöhnlichen entsprechende Befund.

Das Sectionsergebniss für die neun Uebrigen war, abgesehen von den erwähnten Complicationen, in Kürze zusammengefasst, folgendes:

Als letzte Todesursache Allen gemeinschaftlich: Ueberfüllung im kleinen Kreislauf, Anschoppung in den Lungen, Ausdehnung der Herzhöhlen, die mit entfärbten Gerinnseln vollgestopft waren. Bei keinem fanden sich Entartungen, wie sie schweren Infectionskrankheiten eigen und auch bei den zwei Ersterwähnten nicht fehlten, z. B. Degeneration des Herzmuskels. Keines der sonstigen Organe erwies sich als in Mitleidenschaft gezogen.

Während nun gewöhnlich das Hauptergebniss der Section bei Darmtyphus, wie auch in den angeführten zwei Fällen unter meinen Verstorbenen, dahin lautet: Localisation des Processes im Dünndarm mit ausnahmsweiser und geringer Betheiligung des Dickdarms, ergiebt sich bei den neun Anderen betreffs des Darmprocesses folgender Befund.

Schleimhaut des Magens und Duodenums meist ganz unbetheiligt. Weiter abwärts bemerkt man absatzweise Bezirke lebhafter Injectionsröthe, die von den folgenden durch Abschnitte unveränderter Schleimhaut von etwa 10 bis 15 Cm. Länge getrennt sind. Röthung und Schwellung wird allmälig immer deutlicher, je näher zum Dickdarm. Im ganzen Dünndarm fanden sich einmal zwei, als Maximum zehn Peyersche Drüsengruppen im Zustande der Infiltration,[20]) die wenigsten derselben verschwärt, so dass in einigen Fällen eine Ulceration ganz fehlte.

Im Coecum ändert sich mit einem Schlage das Bild; Der Blinddarm erscheint ausgedehnt; die Schleimhaut ist nicht blos injicirt, sondern stark geschwellt, aufgelockert und durchtränkt. Selbst in den Fällen, wo in dem Dünndarm nur geringe Injection, keine Ulceration bemerklich, finden sich hier ausgedehnte Zerstörungen der Schleim-

Brust, Bauch, Hals, Gesicht, Rücken und obere Extremitäten verbreitete und nach 14 tägigem Bestehen noch im Gesicht deutlich zu unterscheiden ist.

[18]) Kein Zweifel, dass man diese Zufälle, ohne entsprechende Untersuchung des Blutes, früher als Intermittens aufgefasst hätte: wenn z. B. ein seit vielen Tagen nicht mehr Fiebernder ganz plötzlich unter Schüttelfrost und excessiver Temperatursteigerung eine colossale Milzschwellung bietet, mit nachfolgendem raschem Fieberabfall, Schweissausbruch und Abschwellung der Milz.

[19]) d. h. 10 bis 15 von Hundert. «Ein Viertel an Gestorbenen, wie es noch Niemeyer anführt, dürfte wohl für die letzten Jahrzehnte nirgend mehr zutreffen.

[20]) In einem Fall war an dem ausgebreiteten Darm ausser 4 infiltirten Plaques von oben gesehen bei sorgfältigster Betrachtung nichts Abnormes bemerkbar; erst gegen das Licht gehalten erschien die Zeichnung einiger Peyerscher Gruppen in lebhaftem Rosa, ohne jede Schwellung.

haut. In den zwei Fällen, von denen in dem einen der Kranke einer Meningitis, im anderen einer complicirenden Gangrän erlag, war der Darmprocess überhaupt wenig ausgebreitet. In den Uebrigen war der ganze Dickdarm ununterbrochen der Sitz der Erkrankung. Die Entzündungserscheinungen nahmen meist nach abwärts hin etwas ab. Abschnitte ganz intacter Schleimhaut fanden sich nur ausnahmsweise. Es wechselten höchstergriffene Bezirke mit solchen, wo die Erscheinungen etwas geringer waren, so Schwellung und Auflockerung; die Färbung von lebhaftestem Roth, auch bezirksweise, bis schwarzviolet. Desgleichen in Abschnitten zeigen sich Unterschiede in Bezug auf die ergriffenen Drüsen. Dicht gesäet im Verlauf des ganzen Dickdarms, meist bis hart an den Anus, erscheinen die infiltrirten, geschwellten solitären Follikel, manche erst sichtbar bei durchscheinendem Licht, viele von Hirsekorngrösse, die meisten vom Umfang einer Linse; vereinzelte infiltrirt aber bis dreifach so gross und mehr! Der Geschwürsprocess findet sich in allen Stadien, die Unterschiede hierin seltener an benachbarten einzelnen Infiltrationen, als gruppenweise. Es wechseln solche, an denen eben im geringsten Umfange eine Abstossung der Mucosa mit Mühe zu entdecken ist, mit anderen, in denen die Zerstörungen bis auf die Serosa gegangen und selbst diese ergriffen erscheint. Während die Geschwüre meist rundlich, obgleich theils mit unregelmässigen Rändern und von Linsengrösse sind, finden sich immer im Coecum und seiner nächsten Nachbarschaft abwärts, aber auch weiter hin Stellen, an denen, meist entsprechend hochgradigster Entzündung, confluirende Geschwüre von unregelmässiger Form und bis drei Cm. im Durchmesser auftreten. Es sind nicht die grössten, sondern einige der mittelgrossen Geschwüre, an denen die Serosa den Eindruck macht, als müsste sie gleich der Perforation unterliegen.

Für den Fall, dass solche Kranke am Leben blieben, lässt sich der Zweifel nicht unterdrücken, ob sich an ihnen das alte Gesetz «Typhusgeschwüre heilen ohne Hinterlassung von Narben» bewahrheiten würde. Beschränkt sich doch zuweilen sowohl Infiltration als Geschwürsbildung nicht auf die Follikel, sondern greift auf benachbartes und zwischenliegendes Gewebe über.

Es macht den Eindruck, als ob der Process im Dickdarm um so intensiver auftritt, je weniger der Dünndarm ergriffen ist. In dem Fall, wo in letzterem nur zwei Peyersche Gruppen betheiligt und gleichzeitig die katarrhalischen Erscheinungen geringfügige waren, liess sich in Bezug auf die Anzahl der ergriffenen Follikel keine Abnahme nach abwärts constatiren; im Gegentheil, das Rectum bis dicht an den Anus war noch dichter besetzt, als weiter oben, nur waren begleitender Katarrh und Geschwürsbildung geringer. Diese katarrhalischen Erscheinungen schwankten graduell in viel weiteren Grenzen, als die Geschwürsbildung. Sie fehlten fast gänzlich in den Fällen, wo der Tod nicht directe Folge des Typhus war. Sie standen in geradem Verhältniss zu der Heftigkeit des intra vitam bemerkten Durchfalls. Hochgradigste Schwellung und Durchtränkung der Schleimhaut entspricht durchaus nicht immer den Abschnitten, wo Geschwüre oder Infiltrationen am dichtesten sitzen; letztere finden sich zuweilen dort angehäuft, wo in der Umgebung keine Veränderungen an der Schleimhaut zu bemerken sind.

Ausbreitung und Tiefe der Geschwüre befanden sich in genauer Proportion zu dem Grade des am Lebenden beobachteten Meteorismus.

Erlauben Sie mir nun, m. H., dass ich das von mir Beobachtete resumire.

Neues habe ich Ihnen mit meinen Beobachtungen nicht gebracht, kaum etwas, was Ihnen nicht bereits aus verbreiteten Lehrbüchern bekannt wäre.

Die Abweichungen, deren ich erwähne, sind alle bereits früher beobachtet.

Es ist beobachtet, dass das Prodromalstadium zuweilen ein abgekürztes ist. Es war Ihnen nichts Neues, zu erfahren, dass der Temperaturverlauf sich zuweilen nicht an die Wunderlich'sche Curve hält. Sie wissen von Typhusfällen, bei denen Allgemeinbefinden und Sensorium so wenig ergriffen werden, dass die Krankheit ambulant abgemacht wird. In jedem Lehrbuch ist erwähnt, dass der Dickdarm sich zuweilen auch an dem Typhusprocess betheiligt («Colotyphus»).

Die neue Erscheinung in dem von mir Beschriebenen besteht darin, dass früher zuweilen, selten, als Ausnahme Bemerktes jetzt nicht selten sondern oft, sogar sehr oft eintritt. Ja, in Bezug auf die Leichenerscheinungen scheint früher selten Gefundenes jetzt die Regel werden zu wollen.

Ueber die Bedeutung, welche die constatirten Veränderungen im Einzelfall für den Kranken haben, giebt Ihnen das Berichtete Aufschluss.

Gestatten Sie mir noch einige Worte über die Bedeutung, welche dieselben, meiner Ansicht nach, für das Allgemeinwohl haben.

Ein sprungweises Abweichen von dem vorgezeichneten Wege im Verlaufe einer Epidemie bemerken wir jedesmal, wenn sich eine solche wesentlich verändert, vor einer Verschlimmerung oder vor dem Erlöschen; im ersteren Fall aber fehlen niemals ominöse Symptome, welche das schlimme Prognostikon stützen. Die Abwesenheit solcher lässt mich glauben, dass die Ihnen vorgeführten Abweichungen eine Abschwächung der Infection bedeuten.

Sollte diese Voraussetzung zur Thatsache werden, so hätte sie auch für andere Orte ihre grosse Bedeutung.

Ausbreitung und Unterhaltung des Darmtyphus ist, wie kaum bei einer anderen Krankheit, abhängig von den Bodenverhältnissen, resp. Verunreinigung oder Assainisirung.

In früheren Zeiten geschah bei uns, wie noch gegenwärtig in manchen sehr intelligenten Städten, Alles, was der Endemie reichlichst Nahrung zuführen konnte und musste. Uneingeschränkt übte der intelligente Hausbesitzer das Recht des freien Bürgers aus, der Infection zum Schaden der Mitbürger und der Nachkommenschaft Nahrung zu liefern. Jetzt, seit etwa 2 Jahrzehnten, steht es anders. In zweifacher Richtung wird gegen eine Ausbreitung der Krankheit gewirkt. Erspriesslichste Maassregeln gegen Anhäufung Arbeitsloser, gegen zusammengepferchtes Wohnen, strenge — und was noch mehr Werth hat — consequente Aufsicht über Haus und Hof verhindern weitere Verunreinigung des Bodens. Die ungesäumte Placirung der Inficirten in Hospitäler, namentlich aus den Kreisen, welche Hauptträger der Infection darstellen, bedeutet Verhinderung weiterer Zufuhr von Infectionsstoff in den Boden.

8. Chloroformbehandlung.

Aus dem Ihnen vorgeführten Bilde werden Sie ersehen, welche Schwierigkeiten die geschilderten Abweichungen der Beurtheilung von Resultaten eines neu angewandten Mittels entgegenstellen. Besonders die Erfahrung, dass überraschend schnell und günstig ablaufende Fälle so oft in den ersten Tagen bedrohliche Erscheinungen schwerer Erkrankung bieten, erlaubt es nicht, rasch eintretende günstige Veränderungen einem angewandten Medicament zuzuschreiben. Hierzu kommt noch der Umstand, dass sich solche Fälle periodisch häufen. Während einer solchen Periode, im Sommer 1890, hatte ich, auf der Suche nach möglichst indifferenten, den Darm desinficirenden Mitteln, das Jodoform angewandt. Ich verwarf es, da fortlaufende Harnuntersuchungen reichliche Aufnahme des Mittels ins Blut nachwiesen. Aber die Thatsache, dass zahlreiche Kranke unter dieser Behandlung in bis dahin nicht beobachteter Schnelligkeit genasen, verbunden mit dem Umstande, dass die Ausleerungen völlig desodorirte wurden, während das Jodoform unverändert den Darm passirte, liessen mich vorübergehend an einen Erfolg

glauben, bis weitere Parallelbeobachtung mich vom Irrthum überzeugte.

In dem Entschluss, eine Behandlung mit Chloroform [21]) zu versuchen, bestärkte mich eine Mittheilung aus der Zeitschrift für Hygiene, Bd. IX, Heft 3, vom 27. Dec. 1890, in dem Artikel von Dr. Behring: Ueber Desinfection, Desinfectionsmittel und Desinfectionsmethoden: Typhusbacillen werden durch ½ pCt. Lösung von Chloroform in einer Stunde getödtet. Nach Salkowski werden Cholerabacillen in 1 pCt. Lösung keimfrei in einer Minute, in ¼ pCt. Lösung abgetödtet in einer Stunde. Diese eminent bactericide Wirkung des Chloroforms drängte dazu, den desinficirenden Einfluss desselben auf den Darmkanal zu prüfen.

Es wurden dieser Behandlung in der Zeit vom November 1890 bis jetzt [22]) 56 Kranke unterworfen, mit einer Unterbrechung für die Monate Juni und Juli d. J. wo die Behandlung durch eine andere ersetzt wurde [23]).

Es wurde stets eine 1 pCt. Lösung [24]) angewandt; von dieser wurden ein bis zwei Esslöffel 1- bis 2stündlich verabfolgt und zwar Tags und Nachts auf der Höhe der Krankheit. Bei Nachlass der Krankheitserscheinungen wurde nur zu einem Esslöffel gegeben, später noch dieselbe Gabe 2- und 3stündlich und so weiter in verrinserter Dosis, bis nach völligem Abfiebern der Kranke nur noch einige Löffel Tags über erhielt.

Ausser diesem wurde ausnahmsweise noch von folgenden Medicamenten Gebrauch gemacht: Zwei Kranke bekamen wegen gefahrbringender Darmblutungen Ergotin subcutan und zu wiederholten Malen wurde Chinin bei recidivirendem Fieber gegeben, wo es mit Milzschwellung gepaart war; es wirkte auffällig günstig, nachdem es sich erst herausgestellt hatte, dass grosse Dosen, 15 bis 30 Gran in Lösung, anzuwenden waren [25]).

Irgend welche üble Zufälle beim Einnehmen von Chloroform wurden nicht beobachtet. Sehr selten kam es, gleich nach dem Einnehmen, zu Erbrechen, das sich aber bei energischer Weitergabe nicht wiederholte. Etwaige Proteste wegen des üblen Geschmacks wurden sofort unter Hinweis auf die Nachbarn beseitigt. In 4 Fällen wurde Ikterus beobachtet, dreimal ganz leicht, einmal in so deutlichem Grade, dass ich das Mittel aussetzte. Alle vier Fälle betrafen sehr junge Individuen, drei von ihnen waren Knaben. Leberschwellung oder Empfindlichkeit dieses Organs liess sich bei keinem nachweisen [26]).

Der Gang der Krankheit, unter der neuen Behandlung, gestaltete sich folgendermaassen:

Von allen mit Chloroform Behandelten ist keiner gestorben [27]).

Bei der verhältnissmässig geringen Anzahl der Behandelten und der relativ kurzen Beobachtungszeit darf man diesem Factum keine irgend entscheidende Bedeutnng beimessen, muss dasselbe aber immerhin nicht unterschätzen, besonders da gewisse Anzeichen für den Einfluss des Mittels sprachen. Auf rasche Besserungen, selbst sehr zahlreiche, konnte kein Gewicht gelegt werden. Ich messe also nur den Erscheinungen Bedeutung zu, welche nach Anwendung des Chloroforms ohne Ausnahme sich an allen Kranken constatiren liessen. Die Zunge wurde in schweren Fällen wohl auch trocken, sogar rissig, es bildete sich aber kein Mal mehr der schwärzliche übelriechende Belag in der Mundhöhle; es wurde zwar die Zunge in solchen Fällen mehrmals täglich mit einer Salzsäure-Pepsin-Glycerinlösung bepinselt, solches geschah aber auch früher nebst Säuberung der ganzen Mundhöhle ohne eine Zersetzung in derselben verhindern zu können. Der sonst immense Durst liess stets in ein bis zwei Tagen nach. Bestehender heftigster Durchfall nahm regelmässig von Tag zu Tage ab. Besonderes Gewicht aber lege ich auf den Umstand, dass hochgradigster Meteorismus jedesmal schwindet, oder, wo er nicht vorhanden war, sich nicht entwickelt. Das Schwinden erfolgt stets ganz allmälig, so dass sich die Abnahme meist nur nach Ablauf von 24 Stunden constatiren lässt. Die Ausleerungen werden alsbald nicht mehr von den polternden Entweichungen von Gasen begleitet, wie vorher. Ich messe dem Angeführten umsomehr Bedeutung zu, als diese Anzeichen der Besserung fehlten oder mindestens nicht so regelmässig zu der Zeit bemerkt wurden, als das Chloroform ausgesetzt worden war.

In dieser Zeitperiode kamen, wie auch früher, wieder Fälle zur Beobachtng, die im Beginn der Erkrankung eingetreten, unter der Behandlung bei stetiger allmäliger Verschlechterung mit tödlichem Ausgang endeten. Einen solchen Verlauf, d. h. gradatim fortschreitende Verschlechterung, habe ich unter Chloroformbehandlung nicht beobachtet. Bei keinem Kranken, der mit klarem Bewusstsein in die Behandlung trat, entwickelten sich die Erscheinungen von Seiten des Grosshirns, die wir als typhöse zu bezeichnen gewohnt sind: wo dieselben bereits vorhan-

---

[21]) Gleichzeitig hatte ich in der med. Tagespresse die Notiz gefunden, dass ein deutscher Arzt das Chloroform bei Typhus angewandt und den Erfolg gerühmt hatte. Ich erinnere mich leider weder der Zeitschrift noch des Namens des Arztes.

[22]) September 1891.

[23]) Seit meiner Mittheilung auf dem Aerztetage in Walk habe ich die Behandlung an weiteren 70 Kranken fortgesetzt und habe Veranlassung, mich mit grösserer Entschiedenheit als damals über den Nutzen des Mittels auszusprechen.

[24]) Genau genommen ¾ pCt., da mehr vom Wasser nicht in der Lösung behalten wird.

[25]) Dieses Medicament kam also nur bei Genesenden zur Anwendung.

[26]) Bei später mit Chloroform behandelten sechs Knaben unter 15 Jahren hat sich trotz längeren Gebrauchs des Mittels diese Complication nicht eingestellt.

[27]) Für die Zeit der Chloroformbehandlung habe ich zwar auch Todesfälle zu verzeichnen und zwar vier. Sie betrafen aber Individuen, bei denen das Chloroform nicht angewendet wurde, weil bei ihnen überhaupt von keiner Behandlung des Typhus die Rede sein konnte.

F. 1. Moribundus, 4. Krankheitswoche. Anwendung von Excitantien innerlich und äusserlich. Tod am 2. Tage des Hospitalaufenthaltes. F. 2. Croupöse Pneumonie. 3. Krankheitswoche. Anamnese: hochgradiger Meteorismus. Allgemeinbild und Ausleerungen deuten gleichzeitig auf Typhus. Calomelbehandlung. Section: Pneumon. cr. lat. d. lob. infer. Colotyphus geringeren Grades. F. 3. Bis dahin stets gesunder, kräftiger Schmied von 29 J. Ende der 3. Woche der Erkrankung, während welcher er nur zeitweilig bettlägerig gewesen, sich dazwischen aber zur Arbeit genöthigt hat; so noch zwei Tage vor Eintritt in's Hospital. Der Appetit war gestört, doch hat der Pat. die ganze Zeit hindurch die gewohnte Kost fortgesetzt und zwar recht kräftige, grobe. Durchfall hat von Anfang an bestanden. Abwechselnd hat Pat. Frostschauer und Hitze verspürt. Mehrmals ist Schweissausbruch erfolgt. Der Schlaf war schlecht. vielfach durch Träume gestört. Den kurzen Weg zum Krankenhause hat Pat. zu Fuss zurückgelegt. Das subjective Befinden ist wenig gestört. In den ersten 36 Stunden bleibt die Diagnose zweifelhaft. Meteorismus recht hochgradig. Es erfolgen fünf flüssige Ausleerungen. Die Temperatur (8 Messungen) schwankt zwischen 39,2 und 37,0. Dann tritt plötzlich eine schroffe Wendung ein. Aus dem Schlaf erwachend fühlt sich der Kranke «zum Sterben». Todesangst, kalter Schweiss. Verfallene Gesichtszüge. Temperatur 40,4. Puls fadenförmig, kaum zu zählen, bis 140. Hochgradige Athemnoth. Excessive Auftreibung des Leibes. Hochstand der Leber. Leberdämpfung nachweisbar. Absolute Schmerzlosigkeit, sowohl bei Druck als Bewegungen. Der Kranke lässt sich nur mit Mühe zur Bettruhe bewegen, bittet wiederholt aufstehen zu dürfen und nimmt, gegen das Verbot, zweimal die sitzende Stellung, mit herabhängenden Füssen, ein. Ohne weitere Veränderungen Tod 18 Stunden später. Section: Colotyphus mit sehr geringer Betheiligung des Dünndarms (hier nur geringe Infiltration). Tiefgreifende Geschwüre besonders im Colon transvers. und descendens. Perforationsperitonitis. Gegen 2 Pfd. klarer Flüssigkeit im Peritonealraum. Leichte Verklebung der hochgradigst aufgetriebenen Därme. Zwei Perforationsstellen am Col. transvers. F. 4. Anamnese nicht zu eruiren. Tobsüchtiger, rasender Patient. Zwangshemd. Diagnose: Typhus. Speit fast alles ihm Eingeflösste aus. Tod am 3. Tage. Section: Ileo-Colotyphus. Vergrössertes, verfettetes Herz; Sklerose der Aortenklappen.

den waren, blieb es 2 bis 3 Mal 24 Stunden zweifelhaft, ob jene Symptome in Zunahme oder im Stillstand befindlich; dann aber war im schlimmsten Fall ein solcher mit bald folgender Besserung zu constatiren. Dieser pflegte, wie bereits erwähnt, eine merkliche Besserung von Seiten der Darmerscheinungen stets vorauszugehen. Auffallend waren die Fälle, die sich durch die Erscheinungen im Beginn der Krankheit und durch das sehr lange anhaltende und sehr hohe Fieber als schwere manifestirten und dabei ein völlig freies Sensorium behielten, bei wenig gestörtem Befinden, so dass die beständigen Notizen lauten: einziges objectives Symptom das Fieber, subjectiv Schwäche und geringer Appetit; dieser zuweilen aber sogar rege.

In den letzten zwei Monaten, November und December. kamen in der Abtheilung in schroffem Gegensatz zu kürzlich Beobachtetem wieder nur Fälle vor, die durch die ganz typische, regelmässige Fiebercurve und Art des Beginnes mit dem früher Gewohnten völlig übereinstimmten. Auch bei diesen constatirte ich ausnahmslos Besserung oder Schwund des Meteorismus, der Diarrhoe und Fehlen der specifischen Erscheinungen einer Vergiftung des Grosshirns. Diesem aber entsprechend war das gute Functionsvermögen des Gehirns gleich im Beginn der Convalescenz.

Bei den mit Chloroform Behandelten fehlten fast ausschliesslich die Recidive und sonstigen Zufälle während der Convalescenz. Meine Erfahrungen über Anwendung des Chloroforms lauten, zusammengefasst, folgendermaassen:

Das Chloroform ist durchaus nicht als ein Mittel aufzufassen, das die causa morbi angreift; es ist kein Specificum, wie etwa Chinin bei Malaria, wo es direct den Parasiten tödtet. Es ist ein symptomatisches Mittel, aber eins, das wie mir scheint die Hauptgefahr beim Typhus entweder vermeiden oder beseitigen lässt, wo es noch rechzeitig angewandt wird. Ich halte mich für fest überzeugt, dass es die Bildung der deletären Stoffe, der specifischen Zersetzungsproducte im Darm beseitigt oder wenigstens hindert. Damit wirkt es günstig einerseits auf den Darmprocess, andererseits — und dies in vielleicht noch entscheidenderer Weise — als Schutz des Centralnervensystems.

Nach bisheriger Erfahrung verordne ich das Mittel mit Zuversicht auf völligen Erfolg, wenn ich dessen sicher bin, dass der Kranke den 10. Tag nach der Erkrankung noch nicht überschritten hat. Diese Zuversicht hat mich noch kein Mal getäuscht.

Dagegen bei Kranken in der 3. Woche greife ich zu dem Mittel schon ohne besondere Hoffnung, mit um so geringerer, je mehr bereits der Status typhosus ausgebildet ist. Dennoch gebe ich das Mittel nicht ganz ohne Hoffnung selbst in verzweifelten Fällen, wie der unter F. 4 mit Exitus letalis angeführte. Der Zustand, wie bei dem Erwähnten, ist noch kein absolut hoffnungsloser; er kann zum Theil bedingt sein durch ungünstige Verhältnisse vor der Aufnahme, während des Transportes und kann sich, wie es auch geschieht, bei der Anstaltspflege bessern, so dass die erste unmittelbare Gefahr beseitigt wäre; für diesen Fall möchte ich keine Zeit verloren haben, um auf den Darm, resp. Darminhalt günstig eingewirkt zu haben,

Es ist kein Fall von Decubitus, ja nicht einmal von verdächtiger Hautröthung seit Anwendung des Chloroforms vorgekommen, auch nicht bei einem Schwerkranken, der 48 Fiebertage im Krankenhause getobt (Gesichtsrose bei beginnender Convalescenz).

Ich habe nur noch hinzuzufügen:

Das, was ich heute (Ende December) Günstiges über Chloroformbehandlung ausspreche, geschieht, verglichen mit meinem Urtheil darüber auf dem livl. Aerztetage, mit um so grösserem Nachdruck, als sich in den seitdem verflossenen vier Monaten meine Erfahrungen um eine weitere beträchtliche Anzahl von Kranken bereichert haben. Sie erstrecken sich nun bereits auf 130 Kranke. Ich kann also nur den dringenden Wunsch hegen, dass diese Behandlung, die sich nach meiner Erfahrung durchaus bewährt hat, in recht ausgiebiger Weise weiter geprüft werde.

Referate.

Prof. Strübing. Zur Therapie der Diphtherie. (Deutsche medic. Wochsch. Nr. 48).

Verf. weist zunächst auf die Thatsache hin, dass eine grosse Anzahl der unter dem klinischen Bilde der Diphtheritis einhergehenden Krankheitsprocesse ätiologisch als Pseudodiphtherie aufzufassen sind, da der Löffler'sche Bacillus in solchen Fällen nicht nachzuweisen ist, vielmehr finden sich andere Mikroorganismen, insbesondere Streptokokken. Beide Infectionen — die echte Diphtherie und die sog. Pseudodiphtherie unterscheiden sich sehr wesentlich in ihrem Verhalten therapeutischen Maassnahmen gegenüber. Die Streptokokkendiphtherie ist es zum Theil gewesen, welche so vielen Mitteln unverdienten Ruhm verschafft hat. Wenn nun auch bakteriologisch die echte Diphtherie in einem Falle festgestellt worden ist, so ist doch noch zur Beurtheilung der Wirkung von Arzneisubstanzen die weitere Forderung Löffler's zu erfüllen— durch Impfung von Reinculturen beim Meerschweinchen auch die Virulenz der Bacillen im gegebenen Falle zu erweisen, denn zweifellos wird das klinische Bild durch die wechselnde Virulenz bestimmt. Des weiteren lenkt Verf. die Aufmerksamkeit auf die Arbeiten von Roux, Yersin, Kolisko und Paltauf, welche die von Löffler ausgesprochene Meinung bestätigten, dass der Diphtheriebacillus ein Gift producirt, dessen Einwirkung der Organismus in der Folge unterworfen ist. Dieses Gift kann, beim Meerschweinchen in die Blutbahn gebracht, unter Umständen nach längerer Zeit, nach Wochen, ja nach Monaten unter Abmagerung und Lähmungserscheinungen den Tod bedingen. Eine erfolgreiche Therapie müsste deshalb nicht nur die Lebensfähigkeit der Bacillen und ihre weitere Entwicklung hemmen, sondern auch die Wirkung des bereits eingedrungenen Giftes paralysiren. Ausserdem müsste eine erfolgreiche Behandlung die Invasion anderer Mikroorganismen hindern und, falls eine solche bereits stattgefunden, die Wirkung der letzteren aufheben. Diesen Forderungen vermag die Therapie bei ihrem heutigen Stande nicht zu genügen, sie muss sich damit begnügen, die Entwicklung der Diphtheriebacillen durch energische locale Behandlung zu hemmen; aber auch diese kann nur erfolgreich sein, wenn der locale Krankheitsprocess im Entstehen begriffen ist; bei weit vorgeschrittener Krankheit sind die Chancen der localen Therapie ebenfalls geringe; in Folge dieses Umstandes ist es von ausserordentlich grosser Wichtigkeit die Diagnose so früh, wie nur möglich zu stellen.

Seine Patienten behandelte Strübing theils mit Carbolsäure-, theils mit Quecksilberpräparaten.

1) Locale Application der von Löffler empfohlenen Mischung: Acidi carbolici 3,0—5,0 Ol. Terebinth. rectif. 40,0 Alcohol. abs. 60,0 und Gurgelung mit: Acidi Carbolici 3,0 Alcohol. 30,0 Aquae destillat 70,0.

2) Locale Application von Sublimatlösung 1:1000 nebst Gurgelung der Lösung von 1:10,000. Mit grossem Nutzen wandte Verfasser auch das Cyanquecksilber 0,01:100 stündlich einen Theelöffel an. Beim Gebrauch der Quecksilber- und Carbolsäurepräparate ist mit grösster Sorgfalt darauf zu achten, dass kein Verschlucken der Lösungen eintrete. Im Allgemeinen schien dem Verf. die Quecksilberbehandlung bei der Diphtherie am vortheilhaftesten. Bei der Scharlachdiphtherie erwies sich dagegen die Carbolsäuretherapie, als die erfolgreichste. Verf. empfiehlt sogar beim Scharlach die prophylaktische Anwendung der Carbolsäure mittelst Pinselung oder Gurgelung.

Abelmann.

Horsley. Apomorphin bei Convulsionen. (The American Journal of the Med. Sciences 1891—Centralbl. f. Nervenheilkunde 1891 Novbr).

Verf. fand zufälligerweise, dass Apomorphin Einfluss auf die Krämpfe habe, welche durch Strychninvergiftung hervorgerufen werden. Seit jener Zeit gebrauchte er Apomorphin gegen alle Convulsionen und wurde von dem Mittel in keinem Falle im Stiche gelassen. Gestützt auf seine Erfahrungen, welche, wie er selbst behauptet, begrenzt seien, spricht er dem Apomorphin die Wirkung zu, dass alle Krämpfe, welche nicht auf einer Gehirn- oder Rückenmarksläsion beruhen, durch die Anwendung desselben bekämpft werden können. Er hat das Mittel noch nicht angewandt bei Tetanus, Hydrophobie und Eklampsie, obgleich sein Gebrauch Symptome zum Schwinden

brachte, welche ihn Eklampsie vermuthen liessen. Die Dose schwankte zwischen $^1/_{20}$ bis $^1/_8$ Gran und wurde immer subcutan injicirt.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Eduard Albert. Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. Vorlesungen f. prakt. Aerzte und Studirende. 4. Auflage Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg. II Band 1890. Die chirurgischen Krankheiten der Wirbelsäule, der Brust, des Schultergürtels und der oberen Gliedmassen. III Band. 1891. Bauch, Mastdarm und Scrotalhöhle. Mit zahlreichen Holzschnitten.

Die Fortsetzung der neu umgearbeiteten Auflage des bekannten und bewährten Lehrbuchs ist durchaus dazu angethan seinen Ruf mehr und mehr zu festigen und das Buch auf der Höhe der Zeit zu erhalten. Die Schilderung ist stets lebendig und anregend, wie in einer guten Rede; so wird der Leser gleichsam zum Zuhörer. Die bekannte Vorliebe des Verf. für Geschichte und zwar gerade alte Geschichte der Chirurgie erhöht entschieden das Interesse und zeigt dem angehenden, heutzutage alles Alte wenig achtenden Chirurgen, was schon vor Jahrhunderten geleistet worden ist. Trotz dieser Zugabe kann man sagen: das Buch hat keine «Längen» und ist also auch nirgend langweilig oder pedantisch. Einzelne Kapitel, wie z. B. die Diagnose der Brustdrüsengeschwülste, kann man nur mit dem Ausdruck «glänzend» bezeichnen. Die Lehre von den Hernien nimmt allein 227 Seiten ein — eine hübsche Monographie. Der Magen wird etwas stiefmütterlich mit 14 Seiten abgethan, was bei einem Wiener Professor allerdings Wunder nehmen kann; allein wer Magenoperationen machen will, der darf sich in seinen Studien natürlich nicht mit einem Lehrbuch begnügen. Von Einzelheiten ist uns aufgefallen, dass der Verf. bei der Empyembehandlung die einzige noch mit der Radicaloperation concurrirende Methode, die permanente Aspirationsdrainage nach Bülau, die ja von Wölfler mit Vorliebe cultivirt worden ist, garnicht einmal erwähnt. - Die Holzschnitte sind sehr schön und in genügender Anzahl vorhanden; die Ausstattung des Buches überhaupt gut. Von Herzen wünschen wir ihm eine möglichst grosse Verbreitung.

Selenkow.

Oscar Liebreich und Alex. Langgaard. Compendium der Arzneiverordnung. Berlin 1891. 1 u. 2 Hälfte. Fischer's medic. Buchhandlung.

Unter Zugrundelegung der neuen deutschen Pharmakopoe und der neuesten fremden Pharmakopoen bringen die Verff. eine alphabetisch geordnete Receptsammlung für die Formen, in welchen die Verordnung der einzelnen Arzneistoffe erfolgen kann. Für jede Substanz sind die Synonyma in fremden Sprachen angeführt, dann die Abstammung oder das Vorkommen, die Darstellung der wirksamen Bestandtheile, die chemische Zusammensetzung und Eigenschaften, die Vergiftungssymptome nebst Behandlung durch Antidote; ferner sind auch die Indicationen und Contraindicationen berücksichtigt. Das Compendium zeichnet sich durch die übersichtliche Druckweise, durch die Ermöglichung einer bequemen und raschen Orientirung recht vortheilhaft aus und kann deshalb dem praktischen Arzt empfohlen werden.

Abelmann.

Prof. M. J. Oertel. Handbuch der allgemeinen Therapie der Kreislaufsstörungen. Vierte, völlig umgearbeitete Auflage. Leipzig. Verlag von F. C. W. Vogel. 1891. Preis 9 Mk.

Das berühmte, weit verbreitete Werk, welches den vierten Band von «Ziemssen's Handbuch der allgemeinen Therapie» bildet, liegt uns in der 4. wesentlich umgearbeiteten Auflage vor. Der Inhalt des Buches setzt sich zusammen aus der Symptomatologie und dem Verlauf der Kreislaufstörungen und den Grundsätzen der allgemeinen Therapie derselben. Ihnen folgen: eingehende Erörterungen der therapeutischen Methoden (Einwirkung auf die Wasseransammlung im Blute und in den Geweben, Ernährung, mechanische Einwirkung auf das Herz, Bäder), die Indicationen und Contraindicationen des Oertel'schen Heilverfahrens, die praktische Durchführung desselben. Die neueren Ergebnisse der Forschung werden vom Verf. besonders berücksichtigt, so die Untersuchung des Blutes auf seine Dichtigkeit bei den verschiedenen Circulationskrankheiten, die Wärmeregulirung, die jüngst publicirten Arbeiten von Friedrich und Stricker über die Zählung der Blutkörperchen und deren Bedeutung für Diagnose und Therapie. Das Schlusscapitel umfasst die praktische Verwerthung des Oertel'schen Heilverfahrens, die Vorschriften für Anlegung der Terrain-Curorte, für die Ausführung der Geh- und Steigbewegungen auf den Curwegen, sowie die gymnastische und balneologische Behandlung. Das Werk verdient im vollsten Maasse die ungetheilte Anerkennung der gesammten ärztlichen Welt und kann dem praktischen Arzte zum Studium emfohlen werden.

Abelmann.

Protokolle der Sitzungen des III. livländischen Aerztetages in Walk.

III. Sitzung. 10. September 1891, Morgens 9 Uhr.

A. Demonstration von Dampf- und Heissluft-Sterilisirungsapparaten, spec. auch für chirurgische Zwecke, Desinfection von Instrumenten, Verbandstoffen etc., Demonstration von Präparaten der Malaria-Plasmodien durch P. Werner-Petersburg.

B. Vorträge und Discussion über folgende Themata:

1) «Die Lues in Livland und die Mittel zur Abwehr derselben». — A. v. Bergmann. (Correferenten: W. Zoege v. Manteuffel und O. Petersen).

Herr v. Bergmann (Riga); »Es wäre eine sehr dankenswerthe Aufgabe für unseren Aerztetag, wollte derselbe seine Mitglieder veranlassen, nach einem näher festzusetzenden Modus Erhebungen über die Zahl der Luetischen in Livland anzustellen und zwar nicht nur derjenigen noch augenblicklich manifester Lues, sondern sämmtlicher Individuen, welche sich einmal eine luetische Infection zugezogen haben. Nur eine derartige Erhebung würde uns ein genaues Bild der Luesverbreitung geben, sie wäre die Basis, auf der man Stellung nehmen könnte zu Fragen, deren definitive Lösung auf Grund einer grossen Sammelforschung zur Zeit noch aussteht; so vor allem der Frage nach der Tragweite der hereditären Lues, die von den Autoren sehr verschieden beurtheilt werde (z. B. Pileni. Tarnowsky u. A. einerseits, Neumann. Kassowitz u. A. andererseits). Die Bedeutung der hereditären Lues sei allerdings sehr verschieden je nach dem Stande und Bildungsgrade der Kranken, im Ganzen erscheine es jedoch geboten, in dieser Beziehung nicht allzu optimistisch zu urtheilen. — «Wollen wir die Mittel zur Abwehr der Luesverbreitung discutiren, so müssen wir zunächst und vor Allem ein klares Bild über ihre Grenzen haben. Der officielle Bericht des Medicinaldepartements ergiebt pro 1886 — 350,719 Erkrankungen an Lues oder 2,4% sämmtlicher Erkrankungen im Reich. 1887 giebt es 3,23%, 1888 bereits 3,41%.

1886 kamen in Livland auf 1,219,007 Einwohner — 2725 Lues d. h. 2,24 pro Mille der Bevölkerung überhaupt.

1887	1,229,000	Einw	2361	Lues	= 2,0	p. M
Rigascher Kreis . .	316,000	«	1622	«	= 5.1	« «
Wendenscher « . .	133,000	«	161	«	= 1.2	« «
Dorpater « . .	188,009	«	190	«	= 1,0	« «
Werroscher « . .	97,000	«	75	«	= 0,8	« «
Pernauscher « . .	100,000	«	84	«	= 0,8	« «
Fellinscher « . .	100,000	«	78	«	= 0,7	« «
Wolmarscher « . .	119,000	«	89	«	= 0,75	« «
Walkscher « . .	118,000	«	46	«	= 0.4	« «
Oeselscher « . .	59,000	«	16	«	= 0,2	« «
1888	1.239,758	«	2595	«	= 2,0	« «
Rigascher Kreis . .	318,258	«	1782	«	= 5,6	« «
Wendenscher « . .	133,617	«	110	«	= 0,9	« «
Dorpater « . .	188,960	«	235	«	= 1,3	« «
Werroscher « . .	98,087	«	102	«	= 1,0	« «
Pernauscher « . .	100,835	«	93	«	= 0.92	« «
Fellinscher « . .	100.628	«	55	«	= 0,54	« «
Wolmarscher « . .	120,582	«	87	«	= 0,72	« «
Walkscher « . .	119,000	«	119	«	= 1,0	« «
Oeselscher « . .	59,722	«	12	«	= 0.2	« «
1890			2804			

Im Riga'schen Stadtkrankenhause waren:

1884	von	2240	Kranken	— 193	Luetische	= 8,62	%
1885	«	2178	«	— 172	«	= 7,9	«
1886	«	2369	«	— 217	«	= 9,16	«
1887	«	2402	«	— 264	«	= 10,99	«
1888	«	2534	«	— 181	«	= 7,14	«
1889	«	2696	«	— 192	«	= 7,12	«
1890	«	2585	«	— 224	«	= 8,66	«

Diese Zahlen geben an, wie viel frische Erkrankungen resp. Recidive in jedem Jahre zur Behandlung gekommen sind. Wollen wir aber die verschiedenen Formen der visceralen Lues, ferner die Tabes, die Paralyse nach ihrem aetiologisch gemeinschaftlichen Ursprung gleichfalls unter die Rubrik Lues stellen, so müssen die statistischen Erhebungen in erster Linie von Aerzten angestellt werden, die abgegrenzte Bevölkerungsgruppen zu ihrer Praxis zählen, also von Krankenkassen-, Arbeitervereins-, Fabriks-, Eisenbahn- und Gemeindeärzten. Die Daten der freiprakticirenden, namentlich städtischen Aerzte können nach gründlicher Sichtung des Materials erst in zweiter Reihe in Betracht kommen, denn die städtische Bevölkerung, soweit sie aus Luetischen besteht, wechselt mit Vorliebe ihren Arzt.» — «Sicher stehen die officiellen Daten weit zurück hinter der Wirklichkeit» (extragenitale Infection, Lues infantium). — «Haben wir eine Sam-

melforschung über die Luesverbreitung in Livland abgeschlossen, dann müsste unser Bestreben dahin gehen, für die wenigst inficirten Kreise am durchgreifendsten die Separirung der Kranken von den Gesunden zu verlangen und zwar durch Errichtung von Hospitälern, durch welche das Ambulatorium allmälig zu ersetzen wäre». — Für das einzelne Individuum haben die Schutzmaassregeln im Grossen und Ganzen ihre Erfüllung gefunden, sobald es gelingt der Prostitution die Gefahren zu nehmen. Allein alle Vorschläge — und es giebt deren keinen, der nicht schon gemacht worden wäre — scheitern daran, dass nur der eine, der weibliche Theil, überwacht wird, während der männliche thun und lassen kann was er will. Es ist nicht mehr als recht und billig, dass eine verschärfte Controle der Toleranzhäuser verlangt wird, worunter ebenso eine Controle der Besucher verstanden sein soll, wie die tägliche Visitation der weiblichen Insassen. Endlich ist zu verlangen, dass dort, wo viel Lues vorhanden, ganze Gruppen lediger Männer — nach Analogie des Militärs in aller Herren Länder — in gewissen Zeiträumen sich einer festgesetzten sanitätsärztlichen Untersuchung zu unterwerfen haben. Unter unseren Verhältnissen wäre z. B. zu erwägen, ob nicht für unsere Hochschulen eine derartige Maassregel dringend wünschenswerth geworden.» — «Ueber den vom sanitären Standpunkte aus geforderten Massnahmen darf nicht vergessen werden, welche gewaltige Aufgabe zur Lösung der uns beschäftigenden Frage dem Hause und der Schule gegeben ist, heute wo die Verführung in stetem Wachsen begriffen, wo eine anschwellende Schandliteratur durch gewissenlose Colportage Jedermann zugänglich ist — die Aufgabe meine ich, in den Knaben den sittlichen Kern zu legen, der ihn an allen diesen Gefahren vorüberzuleiten im Stande ist. Es darf nicht ausser Acht gelassen werden, welchen Segen die Fabrikherren, Handwerkermeister etc. bringen können, wenn sie mit vollem Ernst und ganzer Hingebung in den Kampf eintreten wollten gegen die stetig wachsende sittliche Verwahrlosung. Es ist ein Kampf, an dem die ganze Gesellschaft theilzunehmen die Pflicht hat und den sie mit Erfolg aufnehmen kann, sobald sie ihn richtet zunächst gegen den Alkoholismus, der neben all dem Unheil, den er in den höheren Schichten unserer Gesellschaft anrichtet, für den Arbeiter, den kleinen Handwerker die Quelle bedeutet der Verarmung, der sittlichen Verwahrlosung und der Prostitution.

A. v. Bergmann stellt hierauf folgende Thesen zur Discussion:

1) Die Diagnose «Ulcus molle» ist nur gestattet, wenn die charakteristischen Merkmale desselben vorhanden sind: Multiplicität kleiner kreisrunder speckiger Geschwüre.
2) Ein unitarischer Standpunkt in Bezug auf die Infection ist heute nicht mehr berechtigt.
3) Vor Ablauf von 3 Jahren seit der Ansteckung ist jedes Individuum als infectiös anzusehen.
4) Ambulatorische Behandlung recenter Lues ist zu verwerfen.
5) Aborte und Frühgeburten in einer Ehe, deren einer Theil Lues durchgemacht hat, indiciren specifische Behandlung beider Theile.
6) Statistische Erhebungen über die Luesverbreitung sind in erster Linie durch Gemeinde-, Genossenschafts- und Krankenkassenärzte anzustellen.

Um die Syphilisverbreitung einzuschränken sind folgende Postulate zu erfüllen:

7) Verschärfte Ueberwachung der Prostitution, tägliche ärztliche Visitation der Toleranzhäuser; Visitation der Besucher.
8) Internirung der Prostituirten für die ersten 3 Jahre nach der syphilitischen Infection in Magdalenenasyle, Arbeitshäuser oder dergl.
9) Obligatorische ärztliche Controle des Ammenwesens.
10) Ausschliessliche Verwendung animaler Lymphe zur Vaccination.
11) Sanitäre Controle aller Genossenschaften und Arbeiter-Vereine und der unverheiratheten Männer nach Analogie des beim Militär gehandhabten Usus.
12) Aerztliches Attest, welches erst zur Eheschliessung berechtigt.

Correferent Herr Zoege von Manteuffel (Dorpat) schliesst sich in allen wesentlichen Punkten dem Referenten an, wünscht jedoch die Aufmerksamkeit der Collegen auf einige durch die localen Bedingungen der ländlichen Verhältnisse gegebene Fragen zu richten. Vor allen Dingen sei die Cardinalfrage zu beantworten: In welcher Weise inficirt sich unsere ländliche Bevölkerung? Soviel Redner sich entsinnt, ergaben die klinischen Journale in Dorpat fast 50% Lues infantium. Noch jüngst entdeckte Ref. ein Nest Luetischer in einer Arbeiterwohnung: Männer, Frauen, Kinder, im Ganzen 32 Individuen fanden sich im condylomatösen Stadium, alle bis auf 2 augenscheinlich frisch und gleichzeitig erkrankt und bei allen ohne Ausnahme liess sich die Infection per os nachweisen. — Gegen diese Art der Infection sei unser Landvolk bei dem gemeinsamen Essen aus einer Schüssel schutzlos. Was liesse sich nun hiergegen thun? Mit Isolirung und Behandlung sei noch nicht Alles gethan, auch hier sei Prophylaxe nöthig. Zu dem Zweck sei Kenntniss der Infectionsquellen von grösster Bedeutung. Beurlaubte Soldaten (wie auch in dem angeführten Beispiel) seien nur zu oft der Ausgangspunkt der Ansteckung gewesen.

Eine zweite Form der Infection der Landbevölkerung sei gegeben durch gelegentliche Benützung der städtischen Prostitution seitens der anwohnenden ländlichen Jugend.

Drittens käme die vom Gesetz geforderte*) Maassregel in Betracht, welche es den Polizeiorganen vorschreibt passlose vagabundirende etc. Individuen den betreffenden Gemeinden zuzuschicken. Solche Individuen würden ja allerdings ärztlich untersucht und im Krankheitsfalle auch auf ihre etwaige Lues hin behandelt — aber oft genüge eine einmalige ärztliche Visitation nicht und eine etwaige Behandlung würde doch nur bis zum Schwinden augenfälliger Symptome fortgeführt werden.

Die Prophylaxe der Lues auf dem Lande falle so ziemlich zusammen mit der der grösseren und kleineren Landstädte. Die Principien, die uns hier leiten sollen, habe Vorredner in These 7, 8 und 11 formulirt.

Wenn Ref. mit einem anderen Vorschlage komme, so geschehe es, weil er der Ueberzeugung sei, dass hier ein praktisch durchführbarer Vorschlag Nutzen bringt, selbst wenn er auch als Compromiss gelten muss. Es hilft nichts, wenn wir uns hier Gesetze wünschen, so z. B. die Internirung der Prostituirten auf 3 Jahre; wohl aber sei die Polizei in der Lage, die Prostituirten jeden Augenblick zur Beobachtung etc. ins Lazareth zu schicken. Wenn diese Machtbefugniss ausgenutzt würde, könne — soweit Dorpater Verhältnisse in Frage kommen — recht Vieles geleistet werden. Wir wissen ja, in welchem Typus annähernd die Recidive einander folgen; es gelte schon lange die Regel, mit einer geeigneten Cur dem Recidive zuvorzukommen und somit in bestimmten Intervallen, nach festgesetztem Typus die Kranken zu mercurialisiren. Dieser Grundsatz müsste auch bei Behandlung luetischer Prostituirter festgehalten werden. Es wäre jede Prostituirte, die Lues aquirirt hat, in vorzuschreibenden Intervallen einzuberufen und einer gründlichen antisyphilitischen Cur zu unterziehen, gleichviel ob sie gegenwärtig frische Symptome von Lues aufweist oder nicht. Durch eine solche Maassregel wäre die Prostituirte zudem im ersten Jahre ca. 5 Monate, im zweiten ca. 3 Monate dem Verkehre entzogen. Da diese Entziehung zum Zwecke der Cur geschehe, würde sich die Prostituirte in dieselbe viel eher finden, als in eine Internirung auf 3 Jahre in einem Magdalenenasyl oder drgl. — Nachdem sich Ref. mit maassgebenden Persönlichkeiten in Relation gesetzt, habe er die Zusicherung erhalten, dass eine derartige zwangsweise Einberufung der Prostituirten gesetzlich sehr wohl durchführbar sei.

Das Correferat des Herrn Petersen (Petersburg) wird, da derselbe nicht anwesend, vom Vorsitzenden verlesen: Es sei ganz besonders erfreulich, dass der livländische Aerztetag, nachdem er sich eingehend mit der Leprafrage beschäftigt, nun auch einer anderen Volksseuche, der Syphilis, seine Aufmerksamkeit schenken wolle und sei Ref. fest überzeugt, dass auch auf diesem Gebiete der Verein das Volkswohl fördern werde, wenn auch zum Kampfe gegen die Lues Maassregeln gehören, deren Durchführung zu den schwierigsten Aufgaben des Sanitätswesens zu zählen seien. Auch er halte vor Allem eine sichere Kenntniss der Ausbreitung der Krankheit für nöthig. Von grosser Bedeutung für statistische Erhebungen halte Ref. eine einheitliche Nomenclatur und proponire er die Unterscheidungen in:

1) Syphilis recens.
2) Syphilis recidiva.
3) Syphilis tardiva.

Als 4. Rubrik könnte dann noch die «Syphilis hereditaria» notirt werden.

Was die Thesen des Herrn A. v. Bergmann anbetreffe, sei Ref. mit These VI vollkommen einverstanden, glaube jedoch, dass man auch auf diesem Wege nur relative Daten erhalten werde. Ebenso einverstanden sei er mit These VII und VIII. Von These XI glaube er, dass dieselbe sich praktisch nicht werde durchführen lassen, wie These XII. Ref. glaubt, dass man hier nicht Gesetze erlassen könne, sondern individualisiren müsse. Ganz besonders warm möchte Ref. die These IV befürworten. Es sei die Pflicht jedes Arztes bei frischer Syphilis auf Hospitalbehandlung zu dringen, sobald Pat. seine Cur nicht systematisch durchführt. In Bezug auf These I bemerke Ref., dass es durchaus nicht selten sei,

*) Сводъ законовъ (Gesetzsammlung). Bd. XIV, § 158 (Vorbeugung von Verbrechen etc.).

dass sich nur ein einziges Ulcus molle finde. Andererseits käme auch das Ulcus induratum nicht allzu selten multipel vor. Die Multiplicität dürfe nicht als Charakteristicum des Ulcus molle angesehen werden. charakteristischer sei die Scharfrandigkeit (resp. Unterminirung) der Ränder, der gelbweissliche Belag. «In zweifelhaften Fällen hilft die mikroskopische Untersuchung des Geschwüreiters, in welchem man stets 4-5 Arten Bacillen und mehrere Kokkenarten vorfindet. Specifisch erscheint eine Art kurzer Bacillen, mit deren Reinculturen ich mich seit einiger Zeit beschäftige. Denselben Bacillus hat Primo-Ferrari bereits 1879 beim Ulcus molle nachgewiesen.»

Discussion:

Herr Hampeln (Riga) meint im Allgemeinen, bevor in die Specialdebatte eingegangen wird, darauf hinweisen zu sollen, dass zum Unterschiede von allen anderen Erkrankungen die Behandlungsfrage der Syphilis zwei Seiten hat, ausser der medicinischen noch eine und zwar die wichtigere pädagogische, und die Betrachtung lediglich nach einer Richtung ohne Berücksichtigung der anderen nothwendig die Nachtheile einer Einseitigkeit aufweisen müsse. Ihm scheint nun das gänzliche Ausserachtlassen der pädagogischen Seite, wie es von dem Referenten und den Correferenten geschehen, namentlich in Rücksicht auf die vorgeschlagenen prophylaktischen Maassregeln eine wichtige Versäumniss, um so wichtiger als alle vorgeschlagenen staatlichen und medicinischen Mittel zur Vorbeugung der Syphilis, wie eine vielhundertjährige Geschichte, die Natur der Seuche und der Menschen deutlich lehrt, nie etwas fruchten können und werden. Und doch dürfe der Kampf um das Ideal, Beseitigung der Syphilis, nicht aufgegeben werden. Nur seien die wesentlichen Mittel dagegen, von welchen allein etwas erhofft werden kann, nicht medicinisch-hygienischer sondern pädagogischer Natur. Auf die Hinweisungen ärztlicherseits zu Eltern, Erziehern und Lehrern komme es an und gemeinsam mit ihnen die geeigneten Schutzwehren gegen die Seuche zu errichten. Diese Seite der Frage dürfe daher unter keinen Umständen völlig übergangen werden, müsse wenigstens als eine besondere anerkannt werden.

Herr Zoege v. Manteuffel. Die sociale Erschwerung der Eheschliessung wird den Termin derselben weit hinausschieben. Durch pädagogische Maassregel wird es nie und nimmer gelingen das Einzelindividuum unter bestimmte Moralgesetze zu zwingen, wo dem der mächtigste Trieb, der Geschlechtstrieb gegenübersteht.

Herr A. v. Bergmann: Die Ausführungen Hampelns betreffen die Prostitution, nicht die Syphilis, welche eine rein medicinisch zu besprechende und zu behandelnde Beigabe der Prostitution ist.

Herr Hampeln: Es sei ja nicht blos von der Behandlung der manifesten Syphilis, welche freilich eine rein medicinische Frage ist, sondern ebenso von der Prophylaxe die Rede. Auf die von ihm hervorgehobene Seite der Frage, über die viel zu reden wäre, wolle er sich ja nicht weiter einlassen, sondern lasse er sich daran genügen, ihrer überhaupt Erwähnung zu thun. Seinerseits erkläre er allerdings diese pädagogische Seite für die bei weitem wichtigere. was freilich nicht ausschliesst, sich einmal lediglich der medicinischen zuzuwenden; doch immer mit ausdrücklicher Anerkennung auch der anderen Seite. Letzteres habe er in den Referaten vermisst.

Herr Ed. Schwarz (Riga) führt gegen die Ausführungen des Vorredners Zoege an, dass die psychische Behandlung, resp. die Erziehung eines der schwierigsten Probleme unseres Wissens sei. Eine bekannte Thatsache sei es, dass die Psyche einen eminenten Einfluss auf den Geschlechtstrieb besitze. Bei umfassenderen Kenntnissen in der psychischen Erziehung unserer Kinder, namentlich der Knaben, würden wir vielleicht doch ein Verhalten derselben erzielen können, wie es Herr Hampeln angedeutet.

Der Vorsitzende leitet die Discussion über die Thesen des Herrn v. Bergmann mit dem Bemerken ein, dass eine Debatte über These II (Aufgeben des unitarischen Standpunktes) als von rein akademischem Interesse wohl kaum nöthig erscheine. Was These I betreffe, halte er Multiplicität der Ulcera nicht für beweisend, er sah auch nach multiplen Geschwüren Sklerose auftreten.

Herr v. Bergmann: Sehr häufig findet man die Diagnose Ulcus molle nur auf die Abwesenheit der Infiltration eines solitären Geschwüres gegründet. Noch mehr als bei Multiplicität sei bei Abwesenheit der Sklerose eines solitären Geschwüres Reserve nöthig.

Herr Zoege v. Manteuffel ist ebenfalls der Ansicht, dass man sich in Betreff der Diagnose des Ulcus molle sehr reservirt halten müsse, schon im Hinblick auf den Chancre mixte, der in Dorpat sehr häufig sei.

Herr v. Bergmann bemerkt in Bezug auf These III, dieselbe solle nur eine Art von Richtschnur für ärztliches Handeln andeuten, da in der That in den ersten 3 Jahren die häufigsten Recidive nachgewiesen seien.

Herr Unverricht ad These V: Hat Herr v. Bergmann beweisende Erfahrungen, dass die Mutter eines syphilitischen Foetus immer oder wenigstens in der Mehrzahl der Fälle inficirt ist? Im Allgemeinen nimmt man doch an, dass das Syphilisgift die Placenta nicht so leicht überschreitet. In solchen Fällen die Mutter zu schmieren, würde natürlich keinen Zweck haben.

Herr v. Bergmann: Frauen werden hin und wieder symptomlos inficirt. Eine Schmiercur der Männer allein genügt nicht zur Erzielung eines gesunden Kindes. Die praktische Erfahrung lehrt, dass erst sobald die Frau geschmiert worden, eine Reihe gesunder Kinder zur Welt kommt.

Herr Zoege v. Manteuffel bestätigt diese Ausführungen Bergmanns.

Herr Dehio (Riga) erwähnt in Bezug auf These V, dass in den in der Irrenanstalt Rothenberg beobachteten Fällen progressiver Paralyse beim Weibe sehr selten Spuren von Syphilis bei der Kranken zu finden seien, während dieselbe der Anamnese nach mit höchster Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist. Oft leugnen die Pat. jede frühere Erkrankung, während sonst die Erinnerung an eine überstandene Infection sehr fest haftet. In der Anamnese spielen die Aborte eine sehr grosse Rolle.

Herr Heerwagen (Riga) bemerkt, dass Mütter syphilitischer Kinder immun gegen Syphilis seien.

Herr Unverricht: Es ist wohl möglich, dass die Behandlung der Mutter auch bei Fehlen der Erscheinungen Erfolg hat, aber dann ist die Syphilis nicht erkannt worden; das dürfte die Ausnahme, nicht die Regel sein. Die Lues der Frauen entgeht uns häufig in der Anamnese, weil die Männer es möglichst zu vertuschen wissen, wenn sie ihre Frauen inficirt haben. Ausserdem ist der Primäraffect so schwer nachzuweisen wohl in Folge anatomischer Verhältnisse. Als geheilt ist Syphilis nur dann zu betrachten, wenn ohne Quecksilber ein gesundes Kind erzeugt wird. Quecksilber macht sie nur latent. Die Nervenerkrankungen, z. B. die Tabes, sind wohl nicht als Beweis zu betrachten, dass das Individuum noch syphilitisch ist, sondern sie sind wohl nur als Nachkrankheit anzusehen, wie die Arteriosklerose und die Schrumpfniere.

Herr Ed. Schwarz: So interessant ihm eine eingehendere Discussion über die Frage, ob die Tabes als Nachkrankheit oder als syphilit. Product anzusehen sei, erscheinen würde, so ziehe sie doch zu weit vom Thema ab. Bewiesen sei weder die eine, noch die andere Auffassung, obgleich für die zweite pathol.-anatom. Erfahrungen (Rumpf, Krause) sprächen, sowie ein Krankheitsfall, den genauer zu beschreiben Red. auf dem letzten Aerztetage Gelegenheit genommen.

Herr Brennsohn (Mitau). Es wäre wünschenswerth, dass die Frau, welche, nachdem der Mann zu wiederholten Malen einer energischen antisyphilitischen Behandlung unterzogen ist, fortfährt, blos Aborte und Frühgeburten zu produciren, nun allein eine Cur durchmache. Dieses Verfahren könnte zur Klärung der Frage beitragen, ob die Frau trotz vollständig mangelnder luetischer Symptome doch syphilitisch inficirt sein kann. Die Geburt gesunder Kinder nach einer derartigen Schmiercur der Frau allein würde alle Zweifel heben.

Herr Zoege v. Manteuffel: Zu These VII und VIII möchte ich bemerken, dass es mir unzweckmässig erscheint, eine These aufzustellen, die den Keim der Unerfüllbarkeit in sich trägt. Ideale Thesen schaden, weil man damit sein Gewissen beruhigt. Wenn Bergmann These VIII aufstellt, so thut er es, weil These VII wenig nützt. Wenn die Verkehrsentziehung der Prostituirten auf 3 Jahre aber möglich wäre, wäre die Untersuchung sehr einfach. Es ist aber die Internirung auf drei Jahre nicht möglich, gesetzlich undenkbar. Wohl aber ist es möglich, die Kranke auch zwangsweise in Behandlung zu nehmen, sie in bestimmten Typen zu behanseln, so dass dadurch erstens einmal die Infectionsfähigkeit durch Mercurialisation herabgesetzt wird, auf 14 Tage, 4 Wochen fast vernichtet wird; zweitens werden die Prostituirten dadurch auf ca. 5 Monate im Jahr dem Verkehr entzogen und die ärztliche Controle wird wesentlich erleichtert.

Herr v. Bergmann: These VII und VIII fixiren nur die theoretischen Gesichtspunkte, von denen man auszugehen hat; die praktische Lösung derselben steht noch aus; der Sanitätsarzt hat Vorschläge zu machen. Die Empfehlung Zoege's ist gefährlich, da unterschiedsloses Schmieren eventuell provocatorisches Moment sein kann.

Herr Zoege v. Manteuffel schlägt vor, ein Reglement zur Untersuchung der Prostitution auszuarbeiten.

Dieser Vorschlag wird von der Gesellschaft angenommen und durch Acclamation die Herren Truhart (Fellin), v. Bergmann (Riga), Zoege v. Manteuffel (Dorpat) und Heerwagen (Riga) erwählt, um ein derartiges Reglement auszuarbeiten.

In Bezug auf Syphilisstatistik wird beschlossen: die Stadt- und Kreisärzte zur Sammlung statistischen Materials, besonders frische Infectionen betreffend, zu veran-

lassen. Dieses Material soll nach etwa 3 Jahren der Gesellschaft vorgelegt werden.

Herr v. Bergmann will hiermit Erhebungen über die Ehen Syphilitischer verknüpfen, welcher Vorschlag jedoch als undurchführbar nicht acceptirt wird.

(Fortsetzung folgt).

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Die Aehnlichkeit des Aussehens Shockkranker mit demjenigen von Verblutenden brachte Kottmann auf die Idee den Shock mit Salzwassertransfusionen zu behandeln. Er erzielte in 4 Fällen einen vollen Erfolg. Sein schwerster Patient hatte durch Ueberfahrenwerden eine bedeutende Quetschung mit ausgebreiteter Suffusion an der Bauchseite und am linken Oberschenkel ohne Wunde nebst complicirter Fractur des linken Oberarmes acquirirt. Trotz reichlich verabreichter Excitantien kam Pat. moribund ins Hospital mit unregelmässigem kaum zählbarem Puls von 72 Schlägen.

Infusion von 800 Ccm. Salzwasser in die Vena cephalica bewirkte Heben des Pulses, Steigerung der Temperatur auf 39,5 und Ausbruch von reichlichem Schweiss. Nach 2 Stunden Temperaturabfall und vollständige Euphorie. Genesung.

(Correspondenzblatt f. Schw. Aerzte 1891, Nr. 24).

— Iselin empfiehlt als zweckentsprechende Behandlungsweise der Influenza das Kreosot in Dosen von 1—5 Grm. täglich in den üblichen Ordinationsformeln. Er glaubt an eine antimykotische Wirkungsweise des Mittels.

(Correspbl. f. Schw. Aerzte 1891 Nr. 24).

Bei Erysipel am Rumpfe und an den Extremitäten wandte Rose (New-York) mit bestem Erfolge das permanente heisse Bad an. Nach 24 Stunden Schwinden der Schmerzen und des Fiebers, nach einigen Tagen in der Regel definitive Heilung.

(Deutsche medic. Wochschr. Nr. 34).

— Auf die Empfehlung von Portugalow und Jergolski das Strychnin als Heilmittel gegen die Trunksucht anzuwenden liess Kleefeld im Stadtkrankenhause zu Görlitz sieben notorische Säufer einer 10tägigen Strychnincur unterwerfen, und zwar wurden Tagesmengen von 0,001 steigend bis 0,004 Strychninum nitricum subcutan injicirt. Die Erfolge waren absolut negativ. Ein Widerwille gegen Alkohol war bei keinem einzigen Säufer zu constatiren. Im Gegentheil wurde nach Beendigung der Cur, während welcher Alkohol nicht verabfolgt worden war, der langentbehrte Schnaps mit grosser Begierde genossen. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 39).

— Stewart empfiehlt Borax gegen Epilepsie und nimmt an, dass derselbe hauptsächlich die Zahl der nächtlichen Anfälle vermindert und Brom die bei Tage auftretenden. Treten die Anfälle Tag und Nacht auf, so müssen beide Medicamente in systematischer Darreichung angewendet werden.

(Neurolog. Centralbl.).

Vermischtes.

— Seit der vorigen Woche weilt der berühmte Massage-Arzt, Dr. Mezger aus Wiesbaden, in St. Petersburg.

— Zum Gouvernements-Medicinalinspector von Livland ist an Stelle des verstorbenen Dr. Hess der ältere Arzt des Hospitals des Collegiums der allgemeinen Fürsorge zu Astrachan, Collegienrath Dr. Nikolai Malinin ernannt worden.

— Verstorben: 1) Am 6. Januar in Charkow der ordentliche Professor der Anatomie an der dortigen Universität, wirkl. Staatsrath Dr. Johann Wagner, im 59. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Riga und bezog i. J. 1851 die Universität Dorpat, wo er bis 1856 anfangs Chemie, dann Medicin studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde i. J. 1858 war W. mehrere Jahre (1858—1864) Prosector am anatomischen Institut in Dorpat, wurde aber i. J. 1864 nach Charkow berufen, wo er anfangs als Docent, dann als ord. Professor der Anatomie an der dortigen Universität bis zu seinem Lebensende thätig war. 2) Am 3. Januar in Davos der Landarzt zu Gross-Essern in Kurland, Dr. Fritz Katterfeldt. Am 15. Februar 1861 in Kurland geboren, widmete er sich i. J. 1881 dem Studium der Medicin an der Universität Dorpat. Nach Absolvirung des Arztexamens i. J. 1888 setzte er seine Studien an der Universität Freiburg fort und liess sich dann als Arzt auf dem Gute Gross-Essern in Kurland nieder. 3) Am 2. Januar bei der Eisenbahnstation Pljussa im Petersburger Gouvernement der dortige Arzt August Monkewitz. 4) Am 8. December a. pr. der Arzt am Perm'schen Gefängnisshospital, I. Alexandrow, im 34. Lebensjahre am Flecktyphus. Der Verstorbene leitete auch das medicinisch-statistische Büreau beim Perm'schen Landschaftsamte und hat mehrere einschlägige Arbeiten veröffentlicht. 5) Im Elatma'schen Kreise der Landschaftsarzt W. A. Wassiljew, welcher sich in einem Anfalle von Irrsinn mit Chloroform vergiftete. 6) In Excideuil der bekannte französische Pädiater Dr. Barthez de Marmorières, 89 Jahre alt. Sein treffliches Werk: «Traité des maladies des enfants», welches er in Gemeinschaft mit seinem Freunde Rililet herausgab, hat ihm einen Namen in der med. Literatur gemacht.

— Von dem Chef der militär-medicinischen Academie ist ein Concurs zur Besetzung des durch den Tod Prof. Ed. Brandt's erledigten Lehrstuhls der Zoologie und vergleichenden Anatomie an der genannten Academie ausgeschrieben worden. Etwaige Bewerber um diese Professur haben ihre Gesuche bis zum 5. März 1892 einzureichen und ihr Diplom über die Würde eines Doctors der Medicin und Magisters der Zoologie sowie ihre wissenschaftlichen Arbeiten und ein eigenhändig geschriebenes Curriculum vitae beizufügen. Die übrigen Bedingungen sind dieselben wie die in der vorigen Nr. für den vacanten Lehrstuhl der speciellen Pathologie und Therapie mitgetheilten.

— Wie verlautet, beabsichtigt der Professor der Zoologie an der Universität Charkow, Dr. med. et zoolog. Alexander Brandt, ein ehemaliger Schüler der medico-chirurgischen Academie, als Candidat für diese Professur aufzutreten.

— Der Concurstermin für die Besetzung des vacanten Lehrstuhls der gerichtlichen Medicin an der militär-medicinischen Academie läuft am 19. Januar d. J. ab. Bis jetzt sollen sich bereits 7 Candidaten für diesen Lehrstuhl gemeldet haben, nämlich der Professor der gerichtl. Medicin in Charkow, Dr. F. Patenko, die Privatdocenten der Academie W. I. Afanassjew und D. P. Kossorotow, der Privatdocent der Charkower Universität Bellin, sowie die DDr. Blumberg, Petermann und Smirnow.

— Wie die «Kasanskija Wjesti» berichten, haben drei Wärterinnen der psychiatrischen Abtheilung des Charkow'schen Gouvernements-Landschaftshospitals eine Kranke umgebracht, welche ihnen viel zu schaffen machte. Anfangs hielten die Aerzte der Abtheilung den Fall für einen Selbstmord, da ein Handtuch um den Hals gewickelt und an die Bettlehne befestigt war. Die gerichtlich-medicinische Section, welche auf Verlangen der Angehörigen der Kranken vorgenommen wurde, erwies aber, dass die Kranke erwürgt war.

(Wr.).

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 12. Januar d. J. 6176 darunter 534 Typhus —, 557 Syphilis —, 66 Scharlach —, 17 Diphtherie —, 90 Masern — und 13 Pockenkranke.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 5. Januar bis 11. Januar 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
292	247	539	92	43	82	11	5	12	46	67	50	46	38	36	8	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 10, Febris recurrens 3, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 11, Scharlach 14, Diphtherie 4, Croup 2, Keuchhusten 8, Croupöse Lungenentzündung 24, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 99, Tuberculose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 28, Marasmus senilis 26, Krankheiten des Verdauungscanals 51, Todtgeborene 31.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 21. Januar.

Tagesordnung: E. Anders: Zur operativen Behandlung der Missbildungen des Rectum.
W. Beckmann: Ueber Uterusruptur.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 10. Februar.

Bestellungen nimmt entgegen die
Buchhandlung von Carl Ricker
in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14.

Дозв. ценз. Спб. 18 Января 1892 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Wienecke, Katherinenhofer-Pr. № 15.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint eden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 4 St. Petersburg, 25. Januar (6. Februar) **1892**

Ein Fall von Verrenkung des Zeigefingers nach hinten.

(Aus d. chirurg. Ambulanz des Stadtkrankenhauses zu Riga).

Von

Dr. med. Paul Klemm.

Die Luxationen der Fingergelenke, speciell diejenigen der Articul. metacarpo-phalangea indicis gehören zu den selteneren Verletzungen dieser Art. Wir finden in der Casuistik eine beschränkte Anzahl hierher gehöriger Fälle.

Albert[1]) erwähnt 5 Fälle von Verrenkung des Zeigefingers nach hinten, Hamilton[2]) 2, Puky[3]) theilt eine eigene Beobachtung mit und giebt zugleich eine literärische Uebersicht der uns hier interessirenden Verletzung. Er zählte dabei 5 Fälle auf: je einer gehört Raiser, Bertillon und Hüter, 2 Hamilton. Ferner berichtete Bardenheuer[4]) über 3 Fälle und von Zoege-Manteuffel[5]) über einen.

In Summa macht das, wenn ich meinen Fall mitzähle, 11 Fälle von Verrenkung des Zeigefingers nach hinten.

Ich erlaube mir nun folgenden, in der chirurgischen Ambulanz des Riga'schen Stadtkrankenhauses von mir beobachteten Fall zu schildern:

Anamnese:

Patient X. 30 a. n. giebt an, dass ihm vor einigen Stunden ein Schrank auf das Dorsum der rechten Hand gefallen sei. Nach der Verletzung konnte Pat. den Zeigefieger der betreffenden Hand nicht mehr bewegen. Von einem Feldscheer waren Repositionsversuche, jedoch ohne Erfolg, unternommen worden.

Status praesens:

Der gut genährte, kräftig gebaute Patient zeigte an der rechten Hand folgende Abnormität: der Zeigefinger befindet sich in dorsaler Flexion und erscheint verkürzt. Die Verkürzung betrifft besonders die I Phalanx desselben. In der Vola manus lässt sich das Capitulum metacarpi indicis deutlich palpiren, während am Dorsum das Köpfchen der Grundphalanx vorspringt und zwar ist dasselbe ulnarwärts gelagert, die Strecksehne ist als deutlicher Strang fühlbar; die Beugesehne ist nicht zu palpiren.

Activ können keine Bewegungen ausgeführt werden, passiv sind solche nur unter grossen Schmerzen möglich.

Am Dorsum der Hand, 3 Cm. unterhalb des Capitulum metacarpi indicis ist eine 1.5 Cm. im Durchmesser haltende excoriirte Stelle sichtbar.

Therapie: Die Reposition gelang in der Chloroformnarkose ziemlich leicht durch Ueberstrecken der luxirten Phalanx und Verschieben derselben in der Richtung der Gelenkfläche des Mittelhandknochens.

Was den Mechanismus dieser Luxation anbetrifft, so kann derselbe auf 2 Arten zu Stande kommen. Es kann einmal eine starke Ueberstreckung des Zeigefingers im Metacarpo-phalangealgelenk stattfinden. Durch dieselbe wird das Köpfchen der Grundphalanx allmälig auf das Dorsum des Mittelhandknochens herübergeführt, bis bei fortgesetzter Gewalteinwirkung schliesslich eine Abhebelung der Gelenkflächen eintritt. Bei Fall auf die Hand mit stark dorsaler Flexion der Finger, ja wohl auch durch Fall auf die gestreckten Finger selbst, kann durch den eben geschilderten Mechanismus Luxation der Finger nach hinten verursacht werden. Gewaltsames Rückwärtsbiegen der Finger, wie es bei Raufereien vorkommt, kann gleichfalls die in Rede stehende Verrenkung bewirken. So theilte Hamilton einen Fall von Luxation des Zeigefingers nach hinten bei einer 30jährigen Frau mit, die dadurch entstanden war, dass ihr Mann den betreffenden Finger gewaltsam nach hinten gebogen hatte.

In einer anderen Reihe von Fällen wird die Verrenkung dadurch erzeugt, dass die Gewalt direct auf die dorsale Fläche des oberen Endes des Metacarpus einwirkt. Das Köpfchen desselben wird gewaltsam nach vorn getrieben, die Gelenkkapsel reisst ein und das Capitulum phalangis luxirt auf das Dorsum des Mittelhandknochens.

Ich glaube in meinem oben geschilderten Fall den Luxationsmechanismus in dieser Weise erklären zu müssen.

Die Diagnose dieser Form der Verrenkung wird wohl

[1]) Lehrbuch d. Chirurgie.
[2]) Knochenbrüche u. Verrenkungen. Deutsch v. Rose 1877.
[3]) Wien. med. Wochschrift. 1875 Nr. 27.
[4]) Die Verletzungen d. oberen Extremitäten.
[5]) Ein Fall von Luxation d. Zeigefingers nach hinten. St. Petersb. med. Wochenschrift. 1880 Nr. 49.

meist keine Schwierigkeit machen, da die Verkürzung des Fingers, die charakteristische Stellung desselben, sowie die deutlich sicht- und fühlbaren Vorsprünge der Köpfchen des Metacarpus und der Phalanx I einen Irrthum werden ausschliessen lassen.

Eine andere Frage ist die der Reposition dieser Luxationen und sie ist es, die denselben ein grösseres praktisches Interesse verleiht. Es ist eine den Chirurgen bekannte Thatsache, dass in einer Reihe von Fällen sich der Reposition der Fingerverrenkungen unüberwindliche Schwierigkeiten in den Weg stellen. Schon die Mannigfaltigkeit der Instrumente, die dem Arzt die Einrichtung erleichtern sollen, giebt einen Beweis für die Wahrheit dieser Behauptung. Ich nenne unter Anderen den Flaschenzug von Cooper, die Lewis'sche Vorrichtung zur Einrichtung von Daumen- und Fingerverrenkungen, den Kirchhof'schen Apparat, das von Hamilton in seinem Lehrbuch beschriebene, einem Spielzeug der Indianer nachgebildete Instrument u. s. w.

Man hat bei Repositionsversuchen gelegentlich solche Kraft entfaltet, dass die letzte Phalanx abriss, ohne dass es gelang die erste einzurichten, wie Hamilton mit Berufung auf Hey berichtet.

Dass solche Kraftstücke auf Unkenntniss des pathologischen Vorgangs der uns hier interessirenden Luxationsform beruhen, liegt auf der Hand.

Wir werden die Reposition am besten nach der Methode von Roser, der dieselbe experimentell an der Leiche studirt hat, versuchen. Wir beugen zu diesem Zweck die verrenkte Phalanx kräftig nach rückwärts, um zunächst das Capitulum der Phalanx nach vorn auf die Gelenkfläche des Metacarpus zu bringen, dann wird schnell volar flectirt, wobei unter deutlichem Einschnappen die Reposition erfolgt Misslingt die Einrichtung auf diese Weise, dann werden wir auch durch die verstärkte Gewalt, wie sie uns die Application der vorhin genannten Instrumente ermöglicht, nicht zum Ziel gelangen.

Es handelt sich eben in derartigen schwierigen Fällen um ein Hinderniss in der Reposition, über dessen Gestalt viel gestritten worden ist. Für die Luxationen des Zeigefingers nach hinten besteht dasselbe wohl in einer Interposition von Theilen der vorderen Kapselwand zwischen die beiden Gelenkköpfchen, wie von Zoege-Manteuffel das in seinem Fall beschrieben hat. Er konnte nach operativer Eröffnung des Gelenkes beobachten, wie sich ein Theil der vorderen Kapselwand mit den Beugesehnen zwischen die Gelenkflächen hineinstülpte und die Reposition verhinderte. Auch die Leichenversuche von Roser und Hüter machen es wahrscheinlich, dass die Interposition von Theilen der Gelenkkapsel das gewöhnlichste Repositionshinderniss darstellt.

Es empfiehlt sich jedenfalls, wenn die unblutige Reposition nicht gelingt, von weiteren gewaltsamen Maassnahmen abzustehen, das Gelenk zu eröffnen und das Hinderniss zu beseitigen, worauf die Einrichtung wohl meist gelingen wird. Es kommt natürlich Alles darauf an, eine baldige prima intentio zu erzielen, damit durch frühzeitige passive Bewegungen und Massage dem Gelenk seine volle Functionsfähigkeit gesichert wird.

Mittheilungen aus dem Hospital der Börsenkaufmannschaft in St. Petersburg.

Von

Paul Werner.

Das neue Verfahren von Dahmen zur Auffindung von Tuberkelbacillen im Sputum [1].

Die verhältnissmässige Umständlichkeit des Biedert-schen Verfahrens, namentlich der Umstand, dass man bei demselben bis 2 Tage warten muss, ehe man zur Untersuchung schreiten kann, und die Ungleichmässigkeit der Untersuchungsresultate der gewöhnlichen Methode liessen es mir wünschenswerth erscheinen, die neu empfohlene einer Nachprüfung zu unterziehen.

Fortgesetzte, durch 2 Monate fast täglich vorgenommene Untersuchungen nach der einfachen und mühelosen Methode von Dahmen ergaben ausnahmslos gleichmässige Resultate, wie aus folgenden Beispielen zu ersehen.

Mann von 28 Jahren. Acute Tuberculose der Lungen und des Darmes. Bis Ende October ergab jede Untersuchung massenhafte Anwesenheit von Bacillen. Am 25. October wurden bei der gewöhnlichen sorgfältigsten Untersuchung [2]) keine Bacillen nachgewiesen; am 26. finden sie sich sehr spärlich, am 27. und 28. sind wieder in 6 bis 8 Präparaten keine zu finden, am 1. Nov. sehr wenige. Die Controlluntersuchungen nach Dahmen ergaben: an allen gen. Tagen eine gleichmässige unzählbare Menge von Bacillen.

Mädchen von 26. Jahren. Seit 1 Jahr hustend. Seit 3 Monaten rascher Kräfteverfall, bis zu gezwungenem Aufgeben der Stellung. Befund: Consumptionsfieber. Sehr geringer Husten. Minima von Auswurf. Starke und auffallende Einziehung der Subclaviculargegend rechts. Fast absolute Dämpfung V. O. R. in 2 Querfingerbreite; scharfes Exspirium und feines, selten hörbares Rasseln oberhalb und unterhalb des rechten Schlüsselbeins. Sonst an Lungen etc normaler Befund.

Bei der gewöhnlichen Art der Untersuchung finden sich am 20. und am 26. Nov. keine Bacillen, am 23., 29. Nov., am 4., 7., 11., 15. Dec. Bacillen in nicht grosser, stets wechselnder Anzahl. Unter manchem Gesichtsfelde keine, dann einige, 2 bis 8, dann zuweilen in kleinen Häufchen. Bei gleichzeitiger Untersuchung nach Dahmen findet sich an all den angeführten Tagen ohne Ausnahme eine stets gleichbleibende Anzahl von Bacillen in der Gleichmässigkeit, dass auf fast jedes Gesichtsfeld 2 bis 6 Stäbchen kommen.

Dieser Befund ist bis heute, wo das Fieber geschwunden, der Allgemeinzustand ein ganz zufriedenstellender geworden und Auswurf nur noch selten zur Untersuchung zu erlangen ist, ganz derselbe geblieben.

So constant sicher wie in den angeführten, waren die Resultate in allen vorgenommenen Untersuchungen, namentlich fanden sich Bacillen und oft reichlich da, wo bei gewöhnlicher Art der Untersuchung gar keine zu finden waren.

Zu bemängeln wäre allenfalls bei dem neuen Verfahren nur folgender Umstand: Bei der gewöhnlichen Art des Fixirens über der Spiritusflamme ist die Haltbarkeit eine geringe: zuweilen schon beim Nachfärben, oft aber beim Abspülen, geht ein Theil — und zuweilen fast Alles — vom Präparat verloren. Beim Fixiren im Exsiccator wird dieser Uebelstand vermieden.

2. Zur Untersuchung des Blutes auf Recurrensspirillen.

Ein Verfahren, welches dem Praktiker die Diagnose erleichtert, muss jeder Zeit willkommen sein, besonders eben, wo von den bestehenden, wenn auch nicht sehr verbreiteten Epidemien drei, nämlich Abdominaltyphus, Influenza und Recurrens die Diagnose während der ersten Tage der Krankheit in dubio lassen.

Von einem Collegen in Riga, Dr. Voss am Stadtkrankenhause, hatte ich vor Jahresfrist erfahren, dass

---

[1]) S. u. A. Pharmaceut. Zeitschrift Nr. 39, 1891.

[2]) Unter sorgfältigster Untersuchung verstehe ich folgendes Verfahren: aus der ganzen 24stünd. Menge des Auswurfs werden etwa sechs ca. bohnengrosse Partien herausgehoben und in einer Glasschale geduldigst durchgerührt; aus dieser Menge werden wieder 6 Theile genommen und auf minutiös gereinigtem Objectträger mit Nadeln nach Möglichkeit zu einem gleichmässigen Ganzen verbunden. Aus dem so Gewonnenen werden endlich die Theilchen zu den Präparaten von verschiedenen Stellen entnommen.

dort während einer Recurrensepidemie, wegen der grossen Schwierigkeit mit Mikroskop und Zubehör am Krankenbett zu erscheinen, der Versuch gemacht worden sei, Blutproben in den zum Aufsaugen der Lymphe beim Impfen gebräuchlichen Röhrchen zu entnehmen. Der Erfolg hatte gezeigt, dass in so gewonnenem Blut nach Stunden, ja nach mehreren Tagen die wohlerhaltenen Spirillen ganz ebenso gut nachzuweisen waren. wie im frischesten Präparat.

Bei Gelegenheit des seit Beginn des Winters wieder auftauchenden Recurrensfiebers machte ich von diesem Verfahren Gebrauch.

Von 10 Proben, die ich am 12. Dec. aus dem Alexander-Barackenhospital genommen, liessen sich in zweien, die ich nach 24 St. untersuchte, keinerlei Unterschiede gegenüber ganz frischem Blut nachweisen. Die Blutscheiben waren intact, Spirillen in lebhaftester Bewegung. In den Proben, die erst 3, resp. 5 und 8 Tage später zur Untersuchung kamen, liessen sich keine Spirillen finden, während die zelligen Elemente des Blutes unverändert waren. Ein ähnliches Verhältniss fand sich auch in weiteren sehr zahlreichen Proben, die beim hiesigen Hospital genommen waren.

Es erscheint somit das Verfahren nicht sicher genug betreffs der directen Untersuchung des Blutes.

Dagegen ist es absolut sicher zu diagnostischen Zwecken, wenn man gefärbte Präparate anfertigt. In allen von mir angestellten Versuchen, über 30, bei denen ich Färben und Untersuchen bis 10 Tage seit Entnahme der Blutprobe hinausschob, liessen sich die Spirillen in jedem Falle von Recurrens finden, selbst dort, wo, wie es zuweilen vorkommt, bei directem Untersuchen unter dem Mikroskop keine sichtbar waren.

Es ist somit diese Art des Nehmens von Blutproben nur empfehlenswerth, namentlich den Collegen, die sich selber mit solchen Untersuchungen nicht befassen.

Referate.

G. Wild: Nutzen der subcutanen Wasserinjectionen bei Cholera infantum. Memorabilien 5. Dec. 1891.

Mittheilung zweier Krankengeschichten: 1. Verf.'s eigenes Kind von 7 Monaten erkrankte plötzlich am Abend an stürmischem Erbrechen und Durchfall, so dass in wenigen Stunden das Kind vollständig verfiel. Alle Medicamente, sogar Aether, Champagner wurden erbrochen. Nach 4 stündiger Dauer der Krankheit war das Kind puls- und respirationslos. Verf. spritzte mit einer .5 Gr. fassenden Aspirationsspritze etwa 6 Spritzen destillirten Wassers an verschiedenen Körperstellen unter die Haut. Nach wenigen Minuten schon war der Puls wieder fühlbar, das Kind athmete — und genas.

2. Ein 1jähriges, schlecht genährtes Kind erkrankte an profusen Diarrhoen und unstillbarem Erbrechen. Nach einigen Tagen hörte zwar das Erbrechen auf, nicht aber die Durchfälle und das Kind kam so herab, dass der Exitus letalis unvermeidlich schien. Das Kind lag regungslos da, kalt, die Augen eingesunken und trocken, kaum sichtbare Respiration. Nach den Wasserinjectionen (5 Spritzen à 25 Gr. einer physiolog. Kochsalzlösung) wurde das Kind warm, fing an zu schreien, der Puls hob sich. Da aber Mutterbrust nicht zu beschaffen war, so ging das Kind doch an Atrophie zu Grunde.

Abelmann.

Prof. G. Lewin: Ueber Myositis syphilitica diffusa s. interstitialis. (Separatabdruck aus den Charité-Annalen 1891).

Von den beiden Kategorien der Myositis syphilitica, nämlich der M. gummosa und der M. diffusa. ist die erstere schon seit dem 15. Jahrhundert allseitig bekannt, die letztere dagegen erst in diesem Jahrhundert erforscht. Trotzdem die Myositis diffusa wiederholt Gegenstand eingehender Untersuchungen gewesen ist, sind doch nur verhältnissmässig wenig wirkliche Krankenbeobachtungen publicirt worden. Höchst wahrscheinlich ist in der grossen Mehrzahl der Fälle die Myositis diffusa nicht diagnosticirt und für rheumatische Affectionen gehalten worden. Das genaue Krankheitsbild der Myositis diffusa syphilitica entwirft L. an der Hand von 39 aus der Literatur gesammelten und 6 eigenen Krankheitsbeobachtungen, nachdem er in der Einleitung die geschichtliche Entwickelung der Myositis syphilitica gegeben hat. Der pathologische Process, der der Myositis zu Grunde liegt, wird von den älteren Autoren als die Exsudation einer eigenthümlichen die Muskeltextur umwandelnden Lymphe aufgefasst (Ricord). Virchow sieht in der Myositis eine mit Granulationsprocessen im Muskel einhergehende Entzündung, die eine Disposition des befallenen Muskels zu schwieliger Entartung bedingt. Die specielle mikroskopische Untersuchung bestätigt in Einzelheiten die Auffassung Virchow's über den Krankheitsprocess.

Ueber die Aetiologie der Myositis diffusa ist wenig Positives bekannt. Das Geschlecht spielt keine, das Lebensalter nur in sofern eine Rolle, als die Myositis wie die syphilitischen Erkrankungen überhaupt in der Altersstufe von 20—40 Jahren am häufigsten vorkommt. Von keiner Bedeutung für die Entstehung der Myositis ist Constitution und Lebensweise. Unter den Puellis publicis der Charité, die zum grossen Theil durch die Ausschweifungen geschwächt und entkräftet sind, wurde nur ein Fall von Myositis beobachtet. Die Myositis tritt in den meisten Fällen in den früheren Perioden (½—1½ Jahr nach der Infection) auf, obwohl auch Erkrankungen in späterer Zeit nicht zu den Seltenheiten gehören. Meist erscheint die Affection nicht allein, sondern ist von Complicationen theilweise schwerer Art (Exostosen) begleitet. Trotzdem kann man nicht behaupten, dass die Myositis vorwiegend bei den galoppirenden Formen der Lues vorkommt. Von der Myositis können alle quergestreiften Muskeln befallen werden. Am häufigsten erkrankt der M. biceps brachialis. Ein Ueberwiegen des rechten über den linken Biceps als Folge des stärkeren Gebrauches des ersteren ist nicht zu constatiren. Ueberhaupt sind die Angaben der Autoren über die Gelegenheitsursache der Myositis (forcirte Bewegung, Erkältung, Sinapismus u. s. w.) mit Vorsicht aufzufassen.

Der Symptomencomplex der Myositis ist ein verhältnissmässig einfacher. Die bei jeder Entzündung auftretende Hyperaemie, Transsudation von Blutserum und Exsudation von weissen Blutkörperchen stellen sich mehr oder weniger ein. Die Hyperaemie kann natürlich bei intacter Haut nicht erkannt werden. Das zweite Entzündungsstadium stellt sich durch Bildung eines Tumors dar, der durch Vergleich des Muskels mit dem der andern gesunden Seite leicht constatirt werden kann. Diese Geschwulstbildung geht stets völlig schmerzlos vor sich, wie überhaupt alle allmälig entstehenden syphilitischen Processe indolent verlaufen. Schmerzen treten nur dann auf, wenn das Periost beim Fortschreiten der Erkrankung ergriffen wird. Da die Nerven des fest auf dem Knochen liegenden Periosts dem Drucke der wachsenden Geschwulst nicht ausweichen können, entstehen die von vielen Autoren als für Myositis pathognomonisch angegebenen Schmerzen. Die Schmerzlosigkeit der Myositis ist von grosser Bedeutung: sie erklärt die Seltenheit der Krankheitsbeobachtungen der Myositis. Die schmerzlos entstandenen, wenig Symptome machende Muskelgeschwulst wurde übersehen; erst wenn eine gummöse Neubildung entstanden war, wurde die Diagnose gestellt. Trotz des im Allgemeinen schmerzlosen Verlaufs der Myositis giebt es Fälle, in denen irradiirte Schmerzen z. B. bei Bicepserkrankung in den N. thoracicis u. a. empfunden werden. Sehr charakteristisch sind für die Myositis die motorischen Störungen. Wahrscheinlich besteht eine dynamometrisch nachweisbare Herabsetzung der Muskelkraft. Doch ist dieser Nachweis oft durch die accidentell vorhandene Schmerzhaftigkeit erschwert. Die Entwickelung der motorischen Störung beginnt mit einer «Gêne» beim Gebrauch des erkrankten Gledes (z. B. Schwierigkeit beim Einfädeln der Nähnadel). Im weiteren Verlauf werden die Glieder in Flexion gehalten, so dass eine Contractur vorgetäuscht werden kann. Die Contractur des M. sterno-cleido-mastoidens bewirkt Caput obstipum, des M. trapezius Torticollis. Die Myositis des Mm. masseter und temporalis erschwert die Oeffnung der Mundes und dem entsprechend das Kauen; ja es kann in hochgradigen Fällen zur Kieferklemme kommen. Werden Muskeln von Extremitäten befallen, so ist Gebrauchsunfähigkeit der betreffenden Extremität die Folge. Myositis des M. sphincter ani externus bewirkt während und nach der Defäcation Tenesmus. Eine wirkliche Lähmung des erkrankten Organs durch Myositis ist nur bei der Affection des M. sphincter ani beobachtet worden. Dieselbe ist durch den Ersatz der Muskelsubstanz durch Narbengewebe zu erklären. Diese Thatsache beweist, dass die Myositis syphilitica auch auf das trophische Verhalten des erkrankten Muskels von Einfluss ist. Während zuerst eine Hypertrophie sich entwickelt, entsteht in der Folge durch Inactivität und durch den anatomisch nachgewiesenen Ersatz der Muskelfibrillen durch neugebildetes schwieliges Bindegewebe eine directe Atrophie. Im weiteren Verlauf kann es zu völligem Ersatz des Muskels durch festes Bindegewebe, zu Verknorpelungen, Verkalkungen und Verknöcherungen kommen. Doch existirt in der von L. gesammelten Casuistik kein Fall, der für die drei letzten von den Anatomen angegebenen Eventualitäten spricht. Die Therapie der Myositis syphilitica ist die der Syphilis. In vielen Fällen hat sich Jodkali bewährt, oft haben Quecksilbercuren Erfolg gebracht. Sublimatinjectionen,

Innunctionen. Quecksilberjodür haben in gleicher Weise Heilung herbeigeführt. Adjuvantia bilden Massage und Elektricität. Bei der Myositis des M. sphincter ani wurde die Myotomie mit Erfolg angewandt. Heller.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

S. Ruhemann. Die Influenza in dem Winter 1889/90 nebst einem Rückblick auf die früheren Influenzapandemien. Leipzig. Verlag von Georg Thieme 1891.

Diese von der Berliner Hufeland'schen Gesellschaft preisgekrönte Schrift wird gewiss nicht verfehlen binnen kürzester Frist einen grossen Leserkreis unter den Aerzten sich zu erwerben, steht doch der Gegenstand des Themas noch immer im Vordergrunde des Interesses. Zudem bietet die vorliegende Arbeit einen äusserst klaren Ueberblick über das Bild der Krankheit. Nachdem Verf. einen vorzüglich zusammengestellten Rückblick auf frühere Influenzapandemien, angefangen vom Jahre 1387, gegeben hat, schildert er eingehend den Gang der Epidemie von 1889/90 und die dabei in Betracht kommenden ätiologischen Verhältnisse der Influenza. Die Symptomatologie der Krankheit, die verschiedenen Complicationen von Seiten der Brustorgane, des Nervensystems, der Sinnesorgane werden ausführlich behandelt unter Zugrundelegung der Litteratur. Da die vorliegende Abhandlung in einem Zeitraum abgeschlossen wurde, wo das literarische Material über die letzte Influenzapandemie noch lange nicht seinen Abschluss gefunden hatte, sind einzelne Symptome weniger berücksichtigt worden, jedoch der Gesammtblick über das Bild der Krankheit lässt nichts zu wünschen übrig. Abelmann.

Albert Hoffa Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke 1891.

Das 748 Seiten starke Buch bildet den ersten Band einer neuen Sammlung medicinischer Lehrbücher, welche unter dem Titel «Bibliothek des Arztes» von der rühmlichst bekannten Verlagshandlung herausgegeben wird. Die Sammlung soll das gesammte Gebiet der wissenschaftlichen Medicin umfassen. Wenn die folgenden Bände in ähnlicher Weise bearbeitet werden, wie der vorliegende erste, so kann man dem Unternehmen eine sehr günstige Prognose stellen. Das Hoffa'sche Lehrbuch dürfte ziemlich Alles enthalten, was wir an Wissenswerthem im Gebiet der allgemeinen und speciellen orthopädischen Chirurgie besitzen. Lobend hervorzuheben ist besonders, dass aus der fast unübersehbar grossen Litteratur nur das bleibend Werthvolle berücksichtigt wird; bei der in unserer Zeit herrschenden Vielschreiberei ist strenge Kritik sehr am Platz. Die Darstellung ist knapp und präcise. Angenehm wäre es, wenn der häufig recht trockene Stoff sich in lebendigerer und daher mehr anregender Form präsentiren würde.

Auf Einzelheiten einzugehen liegt keine Veranlassung vor. Wer sich für den Gegenstand interessirt, muss das Buch selbst lesen. Wanach.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat vom Jahre 1891.

(Fortsetzung).

5. Herr Dehio referirt im Anschluss an seinen auf der vorigen Sitzung gehaltenen Vortrag über Bradycardie einen weitern Krankheitsfall. Ein Mann von 46 Jahren leidet in Folge mehrerer Attaquen von Gelenkrheumatismus an einer leichten Aortenstenose mit mässiger Vergrösserung des linken Ventrikels; seine Pulsfrequenz beträgt im Stehen und Gehen etwa 50, in ruhigem Liegen etwa 40 Schläge in der Minute. Atropininjectionen von 1,0 und 1,8 Milligramm Atropin. sulf. bewirken keinerlei Beschleunigung des Pulses. Redner führt aus, dass dieses auffallende Factum sich wohl nur durch die Annahme einer der Bradycardie eigenthümlichen Erkrankung des automatischen Gangliensystems des Herzens erklären lässt.

6. Ferner referirt Herr Dehio über experimentelle Untersuchungen zur Bestimmung des Volumens der rückständigen Luft gesunder Lungen. Die Untersuchungen sind in Königsberg von Dr. Berenstein unter Leitung des Prof. Hermann ausgeführt worden, und ist das Nähere in der Dissertationsschrift des Dr. Berenstein nachzulesen. Die Methode eignet sich nach Ansicht des Vortragenden auch sehr gut, um die rückständige Luft emphysematischer Lungen zu bestimmen.

7. Herr Krüger: Ueber den Phosphor- und Schwefelgehalt der Leberzellen in verschiedenen Lebensaltern.

Die hinsichtlich des Eisengehalts der Leberzellen gewonnenen und in einer Sitzung hierselbst mitgetheilten Resultate veranlassten Vortragenden zu weiteren Untersuchungen an dem genannten Organ. Ebenso wie das Eisen in der foetalen Leber aufgespeichert wird, um gleich nach der Geburt, mit Eintritt der Lungenathmung und der daraus resultirenden Circulationsänderung, aus ihr weiter in den Organismus befördert zu werden und zum Aufbau irgend welcher Körpertheile, wahrscheinlich des Haemoglobins zu dienen, kann dieses auch von andern Elementen angenommen werden. Die Bedeutung des Phosphors für das Knochenwachsthum legte es nahe, zunächst an ihn zu denken. Es war nicht ganz unwahrscheinlich, dass auch er beim Foetus in der Leber deponirt würde, um nach der Geburt zweckentsprechend zur Geltung zu kommen. Neben dem Phosphorgehalt sollte aber auch gleichzeitig der Schwefelgehalt bestimmt werden. Auf die Untersuchungsmethode geht Vortr. nicht näher ein, sondern verweist auf das schon früher Gesagte.

Zur Untersuchung gelangten im Ganzen 133 Lebern von Rinderfoeten, Kälbern und erwachsenen Rindern. Das Resultat ist in nachstehender Tabelle wiedergegeben.

	Foeten.							Kälber	Ochsen	Kühe
	10—30 Cm.	30—40 Cm.	40—50 Cm.	50—60 Cm.	60—70 Cm.	70—80 Cm.	80—100 Cm.	—	—	—
P.	1,75	1,74	1,71	1,73	1,65	1,69	1,72	1,46	1,30	1,29
S.	1.86	1,78	1,82	1,86	1,75	1,70	1,74	1,77	1,75	1,73

Daraus ergeben sich folgende Schlüsse:

1. Der Schwefelgehalt ist in allen Lebensaltern fast der gleiche.

2. Beim Phosphor zeigen sich deutliche Unterschiede je nach den Lebensperioden. Den grössten Gehalt an Phosphor weist die foetale Leber auf, doch ist derselbe während dieser ganzen Periode annähernd gleich. Sofort nach der Geburt tritt eine Verminderung in dem procent. Phosphorgehalte ein. Am geringsten fällt er bei den Erwachsenen aus.

3. Das Geschlecht bedingt weder im Phosphor- noch im Schwefelgehalte einen Unterschied.

8. Herr Krüger theilt die Resultate aus 3 Analysen des Bluts von an Myxoedem leidenden Weibern mit.

Die Untersuchungen sind nach der Methode von Alex. Schmidt ausgeführt. Das Ergebniss ist in folgender Tabelle wiedergegeben, und daneben zum Vergleich die mittlere Zusammensetzung des Bluts gesunder Männer und Weiber angeführt.

	Normales Blut. Männer.	Normales Blut. Weiber.	Myxoedem. I.	Myxoedem. II.	Myxoedem. III.	Myxoedem. Mittel.
1. Spec. Gewicht des defibrin. Bluts	1060,7	1056,3	1062,5	1063,4	1063,9	1063,3
2. » » » Serum	1028,3	1029,5	1031,7	1031,7	1032,6	1032,0
3. % Rückstand des defibrin. Bluts	21,97	20,14	22,37	22,81	22,36	22,51
4. » » » Serum	9,97	9,58	10,45	11,65	10,11	10,74
5. » » der rothen Blutkörperchen	35,46	39,20	39,20	57,25	36,80	44,42
6. Rückstand der rothen Blutkörchen in 100 Gramm Blut	16,93	14,01	16,29	14,30	16,89	15,83
7. Relativer Haemoglobingehalt	100,0	87,1	105,4	105,4	110,8	107,5
8. Feuchte Blutkörper } in 100 Gramm Blut.	47,88	36,07	41,82	24,98	45,50	37,57
9. Serum	52,12	63,93	58,18	75,02	54,10	62,43

Aus den vorstehenden Untersuchungen ergiebt sich, dass
1. beim Myxoedem das spec. Gewicht des Bluts und des Serum, sowie die betreffenden Trockenrückstände gegenüber der Norm bedeutend erhöht sind;
2. der Haemoglobingehalt gesteigert ist, und
3. das Verhältniss zwischen feuchten Blutkörperchen innerhalb sehr weiter Grenzen schwankt.

9. Herr Meyer demonstrirt eine Patientin, an welcher er am 22. März die Ovariotomie unternommen. Von der Exstirpation des ganzen Tumors hatte Abstand genommen werden müssen und wurde die Operation durch Einnähung der Cystenwand in die Bauchwunde beendet.—Els Noormäggi, 50¹/₂ Jahre alt, II para, hatte im 48. Lebensjahre die Menses verloren. Im Herbst 1890 traten atypische Blutungen ein gelegentlich stärkerer körperlicher Anstrengungen. Nach einer gynäkologischen Untersuchung (möglicher Weise Aufrichtung des Uterus) sistirten unter Auftreibung des Leibes die Blutungen. Der Leib nahm bis Weihnachten 1890 wieder ab, von da an continuirlich zu. Pat. wurde immer schwerfälliger, es traten Oedeme der unteren Extremitäten, namentlich der linken, ein. Am 12. März wurde durch eine Punction etwa 1 Liter leimfarbener Flüssigkeit entleert. Im Abdomen fand sich ein enormer fluctuirender Tumor, der vorderen Bauchwand anliegend, die Darmschlingen in die seitlichen Abdominalregionen verdrängend. Elender Ernährungszustand, jedoch keine Albuminurie. Bei der Operation erwies es sich, dass der Tumor im ganzen Umfange verwachsen war. Das Cystom wurde beim Suchen nach dem Peritoneum eröffnet. Da innerhalb 1¹/₂ Stunden nur etwa ¹/₃ des Tumors von Bauchwand und Darm getrennt worden war, musste die Cystenwand mit der Bauchwand vernäht werden. -- Vom 9. Tage an trat anhaltendes Fieber ein, für welches sich auch nachträglich keine andere Ursache constatiren liess, als die Resorption des jauchigen Cysteninhalts. Es wurden täglich Spülungen ausgeführt, mehrfach auch mehrstündige continuirliche Irrigationen. Namentlich erwies sich das Chlorzink in 1%ger Lösung wirksam. Die Jauchung wurde dadurch begrenzt, die Schrumpfung der Cyste ausserordentlich befördert. Vortragender gewann den Eindruck, dass Fiebersteigerungen nach Anwendung desselben eintraten. Pat. ist seit einigen Tagen afebril, die Cyste auf ein ganz geringes Volumen geschrumpft. Vortragender spricht die Ansicht aus, dass er die Bauchwunde in grösserer Ausdehnung hätte vernähen sollen. Die Ausbildung einer Hernie mit Vorwölbung der Cystenwand, welche sich jetzt schon demonstriren lasse, hätte sich dadurch vermindern lassen. Pat. soll nach einigen Wochen mit einer passenden Leibbinde versehen in die Heimath entlassen werden. Eine plastische Operation nach völliger Verödung der Cyste muss von vornherein ins Auge gefasst werden. Bemerkenswerth erscheint die rapid rasche Entwickelung einer colossalen Cyste 3 Jahre nach Eintritt der Klimax.

Herr Zoege glaubt die Fiebersteigerungen nach der durch Oberst vertretenen Auffassung erklären zu dürfen. Beim Druck der Ausspülungen werden die oberflächlichen Granulationen zerstört, die Resorption begünstigt. Dass ferner die Wunde in nicht grösserer Ausdehnung vernäht worden ist, glaube er nicht als Fehler in Anschlag bringen zu können. Alle Maassnahmen der Nachbehandlung wären dann erschwert gewesen, der Ausgang quoad vitam in Frage gestellt worden. Das kleinere Uebel ist Neigung zur Hernienbildung.

z. Z. Secretair Dr. Richard Otto.

Sitzung am 28. August 1891.

Der Präeses weist hin auf den Verlust, den die Gesellschaft durch das Hinscheiden seines thätigen Gliedes Dr. Franz Hartmann erlitten. Die Mitglieder erheben sich von ihren Sitzen. —

An Stelle des von seinem Amte zurückgetretenen Dr. Richard Otto wird Dr. Robert Koch zum Secretair gewählt.

Herr Gerlach hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber das Vorkommen specifisch färbbarer Körner im menschlichen Fettgewebe.

Herr Gerlach referirt über zwei Befunde, welche er gelegentlich einer bakterioskopischen Untersuchung eines Falles von reiner anaesthetischer Lepra feststellen konnte.

I. Findet man auch bei maculöser Form des Aussatzes die von Babes-Unna beschriebenen Involutionsformen von Leprabacillen in den Schweissdrüsen, welche in einer nicht zu grossen Entfernung von einem Hauptflecken gelegen sind. Somit erscheint die bisher gemachte principielle Unterscheidung zwischen einer Haut- und einer Nervenlepra als endgültig beseitigt.

II. War eine eigenartige Erkrankung der Fettzellen vorhanden, welche bei weiteren Nachforschungen sich als eine von dem Aussatze ganz unabhängige Erscheinung erwies, da sie auch bei allen möglichen Krankheiten in 48% der Fälle nachweisbar war. Die Erkrankung besteht darin, dass 1) die Fettzellkerne eine deutliche bläschenförmige Vacuolisirung erlitten und zugleich deutlich an Grösse zugenommen hatten, und 2) dass in den Protoplasmaresten um die Zellkerne herum sich ein Kranz von diplokokkenähnlichen Körnern gebildet hatte. Diese Gebilde sind dadurch scharf charakterisirt, dass sie nicht nur eine constante Gestalt besitzen, sondern auch die Tuberkelbacillenreaction ergeben. Durch Ausschliessung verschiedener Möglichkeiten bleibt schliesslich die Hypothese als die wahrscheinlichste nach, dass diese Körner bacillärer Natur seien, wenngleich betont werden muss, dass der stricte Nachweis einer solchen durch Reinzüchtungen noch aussteht. -- Zur mikroskopischen Technik wird hinzugefügt, dass man, wie es so oft wünschenswerth erscheint, beim Einschluss der Praeparate in Canadabalsam die Entwässerung derselben durch absoluten Alkohol dadurch umgehen kann, dass man das in Wasser getauchte Object zunächst mit Fliesspapier abtupft und hierauf eine kurze Zeit, und zwar nur nicht bis zur völligen Austrocknung, der Lufteinwirkung überlässt. Dadurch wird eine beim Trocknen unvermeidliche Schrumpfung der Praeparate vermieden und dem Origanumöl keine unüberwindliche Aufgabe zugemuthet.

Im Anschluss an einen Passus im Vortrage des Herrn Gerlach, dass diese Körner vielleicht als Residuen von Infectionsstoffen aufgefasst werden könnten, erwähnt Herr Meyer einer in Schweden als «Cellulitis» beschriebenen Krankheit, die sich bei corpulenteren Personen als eine grobkörnige Beschaffenheit des Fettgewebes charakterisirt. Die Patienten klagen über dumpfe Schmerzen in den betroffenen Theilen (am häufigsten im Abdomen, ferner im Rücken, Oberschenkel, seltener in den Händen und Füssen). Sie wird namentlich bei Frauen, die mehrfach geboren haben und an Cervicalkatarrhen leiden, beobachtet, sie kommt wenn auch seltener bei Männern vor, die sich mit der Grippe inficirt haben. Die mikroskopische Untersuchung steht leider noch aus. Herr Meyer hebt auch nur die rein klinisch interessante Seite der Krankheit hervor und hält es nicht für unmöglich, dass es sich hier um Ablagerung von Infectionsstoffen und Körnern handelt, die diese grobkörnige Beschaffenheit des Fettgewebes bedingt.

z. Z. Secretär: Dr. Robert Koch.

(Schluss folgt).

Protokolle
der Sitzungen des III. livländischen Aerztetages in Walk.

III. Sitzung. 10. September 1891, Morgens 9 Uhr.

(Fortsetzung).

2. Herr J. Brennsohn (Mitau): «Ueber Myositis ossificans multiplex (progressiva)».

Bis zum Jahre 1887 sind nur 26 Fälle von Myositis oss. mult. mitgetheilt worden, seitdem, soweit dem Vortragenden die Literatur zugänglich gewesen, kein einziger. Der uns interessirende Fall verhielt sich folgendermaassen: Ans Gramkau, 20 a. n. stammt aus gesunder Familie Kurlands. Pat. ist von 8 Geschwistern in der Reihenfolge der dritte. Mutter an Phthise gestorben, die beiden älteren Geschwister in jungen Jahren; die übrigen Geschwister und der Vater leben und sind gesund. Kein derartiges Muskelleiden in der Familie gewesen, auch sonst keine hereditäre Beanlagung. Pat. ist bis zu seinem gegenwärtigen Leiden gesund gewesen, ebenso wie seine Geschwister. Bereits im frühen Kindesalter fiel eine gewisse Schwerfälligkeit seiner Bewegungen auf, dann ein Höherstand der rechten Schulter und endlich eine seitliche Verkrümmung der Wirbelsäule. Vor 3 Jahren trat Pat. als Arbeiter in eine Fabrik ein (Wolltockerei). Weder hier noch auch sonst in seinem früheren Leben hat er Entbehrungen, Misshandlungen, Stösse oder Schläge zu erdulden gehabt. Zu der Zeit bemerkte Pat. eine Steifigkeit zuerst des rechten, dann auch des linken Armes, weiterhin des Rumpfes und der Beine. Die Zunahme dieser Erscheinungen machte ihm das Weiterarbeiten in der Fabrik unmöglich. Die Functionen der inneren Organe blieben gut.

Stat. praesens: Aengstlich-blöder hilfloser Gesichtsausdruck, unsichere Haltung, bleischwerer Gang. Pat. ist nicht im Stande, sich allein an- und auszukleiden, er setzt sich mühsam und nur mit Hilfe einer anderen Person. Der Thorax ist unbeweglich starr. Abdominaler Respirationstypus.

Die Untersuchung der inneren Organe und der Sinnesorgane ergiebt keinerlei Abnormitäten.

Die Beweglichkeit des Kopfes ist auf ein Minimum reducirt, nur ganz geringe Neigung ist möglich, Drehbewegungen vollständig aufgehoben. Die Arme am Thorax fixirt, können nicht vom Rumpfe abducirt werden, Beweglichkeit in den Schultergelenken gleich Null; linkes Ellbogengelenk ankylotisch, rechts sind unvollständige Beugungen und Streckungen möglich. Hand und Fingergelenke sind frei. Die Bewegungen an den unteren Extremitäten (Hüft-, Knie-, Fussgelenke)

sind möglich, werden aber zögernd, langsam und mit grosser Steifigkeit ausgeführt.

Die Wirbelsäule ist mit der Convexität nach rechts skoliotisch verkrümmt und zwar in den mittleren und unteren Partien. Auch dem Laien fällt neben dieser Skoliose sofort eine Unebenheit des Rückens auf, es wechseln Erhöhungen und Vertiefungen mit einander ab, etwa wie bei einer plastisch dargestellten Gebirgskarte, beim Palpiren fühlt man eine unebene höckerige harte Masse, welche an Stelle der Rückenmuskulatur getreten ist. Die Unbeweglichkeit der Oberarme hat ihren Grund in einer Verknöcherung der Wandungen der Achselhöhlen, des Latissimus dorsi und des Pectoralis major. An den letzteren finden sich noch hier und da fingerkuppengrosse weiche Stellen. Das Gleiche gilt von den Musc. deltoïdei. Aehnliche Verhältnisse findet man an den Musc. serrat. ant. maj. und den Intercostalmuskeln; desgleichen sind die Nackenmuskeln vollkommen verknöchert. An der Vorderseite des Halses fühlen sich alle Muskeln rigid an, besonders der rechte Sternocleidomastoideus; unter dem linken Unterkiefer, dem Musc. mylohyoïd. entsprechend fühlt man eine knöcherne Wucherung, die sich deutlich mit den Fingern umgreifen lässt, stalaktitenförmig senkrecht zur Haut hinzieht. Die Muskeln des Bauches fühlen sich ebenfalls hart an, am oberen Drittheil des rechten Musc. rectus abdom. fühlt man eine 3—4 Cm. im Durchmesser haltende rundliche teigige, jedoch nicht schmerzhafte Stelle (6 Wochen später war diese Stelle bereits härter und fester geworden). Ebenso fühlen sich die Muskeln der Oberschenkel rigid an. An der Streckseite des linken Oberschenkels, etwa in der Mitte derselben, ist eine dicke korallenartige knöcherne Wucherung, die senkrecht zur Haut zieht, vorhanden. Alle übrigen nicht namentlich genannten Muskeln sind fester und straffer, als in normalem Zustande. Vollständig frei sind die Gesichtsmuskeln, namentlich ist das Kauen noch vollständig ermöglicht; ebenso die Muskeln der Vorderarme, der Hände und ist die motorische Kraft derselben ungeschwächt.

Zum Unterschiede von den bisher beobachteten Fällen ist dieser Fall ganz ohne jegliche schmerzhafte Empfindungen verlaufen. Ebenso haben Röthung und vermehrte Wärme sich nicht gezeigt.

Die Krankheit hat wahrscheinlich nicht erst vor 3 Jahren, sondern bereits in früher Kindheit ihren Anfang genommen.

Ueber die Aetiologie der in Rede stehenden Krankheit giebt auch dieser Fall keinerlei Aufklärung.

Pathologisch-anatomische Untersuchungen liegen von mehreren Autoren vor: nach diesen handelt es sich um eine Umwandlung der Muskeln in wirkliches Knochengewebe. Neben den verknöcherten Muskeln fanden sich fibrös degenerirte und einfach atrophische.

Der Verlauf der Krankheit ist ein durchaus chronischer, die Therapie ohnmächtig.

Im August 1891 war Gelegenheit zu einer erneuten Untersuchung des Patienten geboten. Das Leiden hatte weitere Fortschritte gemacht. An den Halsmuskeln ist noch die Verknöcherung der Scaleni hinzugekommen, die beiden Musc. rect. abdom. springen als straffe fibrös sich anfühlende Wülste vor; von den beiden Crist. oss. il. ziehen leistenförmige stark verzweigte Knochenspangen den Glut. magn. entsprechend hin, die sich an ihren Ansatzpunkten federnd bewegen lassen. Am linken Oberschenkel ist der Vastus externus vollständig verknöchert. Pilzförmige dicke Exostosen finden sich auch an der Crista des linken Schienbeines. Die Lage des Pat. ist eine noch hilflosere geworden.

Discussion:

Herr Ed. Schwarz (Riga) erwähnt, dass die Aetiologie dieses sonderbaren Leidens dunkel sei. Wenn man jedoch einigen Symptomen, die der Vortragende weniger berücksichtigte, näher tritt, so wird es möglich, in dieses Dunkel einzudringen. Red. habe im Jahre 1885 Gelegenheit gehabt, einen einschlägigen Fall zu beobachten und erlaube sich denselben in photographischen Bildern vorzulegen. Dieselben stellten einen damals 11jährigen Judenknaben, Zemach Herr, aus Kurland dar, der das Bild der Myositis ossificans progr. in typischer Weise zeigte. Die Uebereinstimmung der einzelnen Fälle sei meist eine sehr grosse. So könnte es z. B. den Anschein haben, dass zu den Photographien, die dem Zemach Herr entstammen, ein Kranker gesessen hätte, den Herr Dr. Gerber in seiner Dissertation beschrieben (die Gerber'sche Zeichnung wird zum Vergleiche demonstrirt). Bei der Myositis ossif. progr. sei von aetiologischer Bedeutung zunächst eine Missbildung; bei genauerer Betrachtung der Photographien des Zemach Herr falle der überaus kleine Daumen und eine noch rudimentärere grosse Zehe auf. Diese atavistischen Bildungen seien von den meisten Autoren beobachtet worden und deuteten auf eine fehlerhafte congenitale Anlage.

Weiterhin sei eine grosse Regelmässigkeit im Befallensein der einzelnen Körperregionen zu erkennen. Die Erkrankung beginnt meist an den Schultermuskeln, in zweiter Linie würden Rücken-, Brust- und Halsmuskeln befallen, schliesslich die Oberarme und Oberschenkel; Unterschenkel und Unterarme blieben meist frei. Das Befallenwerden dieser Gegenden finde sich in auffallendster Weise wieder bei der Dystrophia musculorum progr. Herr Müller sei so freundlich gewesen, einen typischen Fall dieser Krankheitsform mitzubringen und erlaube sich Red. an dem Kranken diese Verhältnisse zu demonstriren. Hier sei schon die Rücken-, Brust-, Schulter-, Oberarm- und Oberschenkelmusculatur hochgradig atrophisch; die Unterschenkel sind, wie häufig in diesen Fällen, hypertrophisch und contrastiren dadurch noch besonders zu den dünnen Oberschenkeln. Ein ähnliches Verhältniss zeigten die oberen Extremitäten; die Ausbreitungsbezirke beider Erkrankungen seien dieselben; auch einige andere Symptome wurden bei beiden Erkrankungen gefunden. Bei der Myositis oss. prog. finden sich, wie auch Herr Brennsohn referirt, einfache Atrophien von Muskeln, die in anderen Fällen ossificirt gefunden und die auch bei der Dystrophia musc. progr. befallen würden; beide Erkrankungen bevorzugten jugendliche Individuen, sonderbarer Weise meist Knaben. Die Dystrophia musc. progr. beruht auf fehlerhafter congenitaler Anlage, was an dem Befallenwerden ganzer Familiengenerationen gut studirt werden könne. Somit sei es wohl kaum zu weit gegangen, wenn man auch die Myositis ossif. progr. als auf fehlerhafter congenitaler Grundlage entstanden auffasse. Ganz dunkel sei die Pathogenese der Myositis oss. progr. Die Erkrankung träte in einzelnen Schüben auf und sei der Hergang meist ein gleicher; an einer oder der anderen Schulter zeigte sich eine Beule, die wenig schmerze, sich ein wenig wärmer anfühle, als die Umgebung; diese schwinde allmälig in 1—2 Wochen und aus ihr entwickele sich direct knochiges Gewebe; dann entständen nach einiger Zeit in der Umgebung andere Beulen, aus denen sich wieder direct Knochenmassen entwickelten. Ausnahmsweise vereiterten diese Beulen, wie das an einem Kranken an einer Beule unter dem Kinn zu beobachten gewesen sei. Diese eigenthümlichen Verhältnisse zu erklären, sei man heut zu Tage ausser Stande.

Was die pathol. Anatomie anlangt, so weise Red. auf die Sectionen hin, die in dem Arnold'schen Institute in Heidelberg gemacht worden. Die von Münchmeyer und Gerber beschriebenen Kranken kamen in Heidelberg zur Section und seien die Befunde in einer Dissertation von K. Mays niedergelegt worden. Hier werde betont, dass die Erkrankungen der Muskeln secundärer Natur seien, theils in einfacher Atrophie, theils in lipomatöser Entartung beständen. Der pathologische Process nähme seinen Ausgangspunkt vom Bindegewebe und die Muskelerkrankungen kämen durch Compression und veränderte Ernährungsverhältnisse zu Stande.

(Schluss folgt).

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— In einer der letzten Sitzungen der Academie der Medicin zu Paris berichtete Ollivier über den folgenden Fall: Ein junges Mädchen von 20 Jahren erlag einer acuten tuberculösen Meningitis. Das Mädchen war von kräftiger Constitution gewesen und keineswegs erblich irgend wie belastet. Es hatte seine Erziehung in einem Pensionate erhalten, in welchem im Verlauf von einigen Jahren 13 Elevinnen an Tuberculose erkrankten, von denen 6 starben. Bei allen war anscheinend eine erbliche Belastung zur Tuberculose ausgeschlossen. Die dem Pensionate gehörige Kuh, welche ihm mehrere Jahre hindurch die Milch lieferte, zeigte, als sie abgeschlachtet wurde, eine ausgedehnte Tuberculose des Euters.

(Allgem. med. C.-Ztg. Nr. 53).

— In der Deutschen med. Wochenschrift Nr. 3 giebt Canon folgende Methode an, die Influenzabacillen aus dem Blute zu züchten. Das Blut wird nicht in Röhren auf Glycerin oder Zucker-Agar geimpft, sondern in Petri'schen Schalen. Eine Fingerkuppe wird in bekannter Weise mit Sublimat, Alkohol und Aether gereinigt, dann wird mit einer glühenden Nadel eingestochen; ein Assistent drückt tropfenweise das Blut heraus und achtet darauf, dass der Blutstropfen nicht verrinnt; 8—12 Tropfen werden auf diese Weise auf eine Petri'sche Schale verstrichen: diese kommt dann in den Brutschrank bei 37°C. Nach 48 Stunden sind die Colonien bereits deutlich. Die aus diesen Colonien gewonnenen Reinculturen haben dasselbe Aussehen, wie es Kitasato beschrieben hat.

Vermischtes.

— Bei der am 17. Januar stattgehabten Immatriculation wurden, wie die «N. D. Ztg.» berichtet, in die Zahl der Studirenden der Dorpater Universität 67 neu aufgenommen, von denen sich 23 dem Studium der Medicin und 21 dem Studium der Pharmacie widmen. Im Ganzen betrug die Zahl der Studirenden an diesem Tage 1649 (gegen 1735 im Januar des vorigen Jahres), von denen die Mehrzahl, nämlich 996 (und zwar 855 Mediciner und 141 Pharmaceuten), der medicinischen Facultät angehören.

— Die auch von uns wiedergegebene Nachricht, dass Prof. Brandt in Charkow als Candidat für den vacanten Lehrstuhl

der Zoologie an der militär-medicinischen Academie aufzutreten beabsichtige, entbehrt, wie Prof. Brandt selbst im «jushny Krai» mittheilt, jeder Grundlage.

— Verstorben: 1) Am 16. Januar in Hasenpoth (Kurland) der dortige Stadtarzt, Collegienrath Dr. Theodor Goebel, nach kurzer Krankheit im 77. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Kurland und hatte seine medicinische Ausbildung auf der Dorpater Universität erhalten, wo er von 1834—41 studirte. Nach Absolvirung des Arztexamens war G. lange Zeit Landarzt in Durben und Zirau in Kurland, bis er i. J. 1871 zum Stadtarzt von Hasenpoth ernannt wurde, welches Amt er bis zu seinem Lebensende bekleidete. 2) Am 22. December a. pr. in St Petersburg der frühere Beamte der Ober-Militär-Medicinalverwaltung, wirkl. Statsrath Dr. Theodor Stark, nach mehrjährigem schwerem Leiden. Der Verstorbene war lange Zeit Leiter des wirthschaftlichen Theils der Redaction des «Militär-medicinischen Journals» u. Comité-Mitglied der Medicinischen Unterstützungscasse. 3) In St. Petersburg der frühere Bezirksarzt des hiesigen Findelhauses, Staatsrath Dr. Andreas Rodosski im 60. Lebensjahre. 4) In St. Petersburg der frühere Abtheilungschef der Ober-Militär-Medicinalverwaltung, wirkl. Staatsrath Peter Popow. 5) In Murom der dortige Stadtarzt Peter Lutnowski im Alter von 94 Jahren. L. war anfangs Feldscher gewesen und hatte erst i. J. 1844 das Arztexamen gemacht. 6) In Gent der Professor der Pharmakologie Dr. Dubois.

— Der bekannte Wiener Chirurg, Professor Dr. Albert feierte am 22. Januar sein 25jähriges Doctorjubiläum. Die stürmischen Zurufe seiner Schüler und die huldigenden Ansprachen der Assistenten beantwortete Albert mit einer längeren Rede, in welcher er die Phasen skizzirte, welche der Aerztestand von der prähistorischen bis zur gegenwärtigen Zeit durchgemacht hat. Einst ein «merkwürdiges Gewerbe», später, als der Nihilismus in der Medicin blühte, ein Gelehrtenstand, ist er in der Gegenwart ein Amt, und zwar ein beschwerliches und verantwortungsreiches. Wenn die alte Medicin ein Mythus, die neue eine Wissenschaft war, so werde die Medicin in Zukunft — wie sie es auf operativen Gebieten schon heute ist — eine wirkliche Heilkunde sein. Was diese in Zukunft auch finden möge, die Gegenwart habe eine Riesenaufgabe zu lösen: die hygienische Erziehung des Volkes. Um zur Lösung dieser Aufgabe erspriesslich beitragen zu können, müsse der ärztliche Stand entsprechend vorgebildet, Methoden und Mittel des Unterrichts verbessert werden. Beides steht bevor. — Die ehemaligen Schüler Albert's haben ihrem verehrten Meister anlässlich seines Jubiläums eine künstlerisch ausgeführte silberne Medaille überreicht. (Wien. med. Presse).

— Die Vorlesungen über specielle Pathologie und Therapie sowie die Leitung der propädeutischen Klinik an der militärmedicinischen Academie ist nach dem Abgange Professor Manassein's, bis zur Besetzung des Lehrstuhls, dem Professor der Academie Dr. Tschudnowski, welcher seine Professur der Diagnostik und allgem. Therapie beibehält, übertragen worden.

— Der bekannte Ophthalmologe Prof. Alfred Graefe in Halle tritt mit dem Beginn des Sommersemesters in den Ruhestand. Als sein Nachfolger wird in erster Linie sein langjähriger Vertreter und erster Assistent Prof. extraord. Dr. Paul Bunge genannt.

— Zum ausserordentlichen Professor und Director der Poliklinik an der Universität Kiel ist an Stelle des verabschiedeten Professors Edlefsen dessen ehemaliger Assistent, Privatdocent Dr. Wilh. v. Starck, ernannt worden.

— Am 19. Januar beging der hiesige Arzt N. P. Tscherepnin das 25jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. Von einer Anzahl Collegen und Freunde wurde dem Jubilar zu Ehren ein Diner veranstaltet.

— Die vor Kurzem verstorbene Wittwe des Generals Arischtschenko hat 25,000 Rbl. zum Bau einer vorzugsweise für Leprakranke bestimmten Baracke bei dem hiesigen städtischen Barackenhospital testamentarisch vermacht. — Wie das St. Petersburger Stadthaupt in der letzten Dumasitzung mittheilte, sind seit der Uebernahme der Hospitäler durch die Stadtverwaltung an Spenden von Privatpersonen für das städtische Hospitalwesen bereits mehr als 500,000 Rbl. in die Stadtcasse geflossen.

— In den wissenschaftlichen Kreisen London's wird gegenwärtig die Einberufung einer internationalen Influenza-Conferenz erörtert. Es würde sich, da eine Beschickung der Conferenz durch fachwissenschaftliche Autoritäten der ganzen civilisirten Welt in's Auge gefasst ist, um Sichtung u. angemessene Verwerthung alles bisher betreffs dieser Geissel der modernen Menschheit gesammelten Materials und um Ausfindigmachung einer wirksamen Vorbeugungs- und Cur-Methode handeln. Die Conferenz soll, falls sie zu Stande kommt, unter dem Vorsitze Dr. Jenner's, eines Nachkommen des berühmten Urhebers der Schutzpockenimpfung, möglichst schon im März d. J. zusammentreten.

— Auf Anregung Prof. v. Schrötter's hat sich in Wien eine grosse Zahl hervorragender Persönlichkeiten der Stadt — darunter die Directoren der Krankenhäuser, mehrere Professoren und Aerzte — zusammengethan, um einen Verein zu gründen, welcher, unter dem Protectorate des Erzherzogs Carl Ludwig, die Errichtung eines Asyls für Tuberculöse in der Nähe Wiens ermöglichen soll. Diese nicht zu fern von der Stadt, in günstiger Lage gedachte, mit allen zweckdienlichen hygienischen Einrichtungen ausgestattete und unter bewährter ärztlicher Leitung stehende klimatische Heilanstalt soll ein offener Zufluchtsort für unbemittelte Brustkranke aller Confessionen werden und so den Armen jene günstigen Heilungsverhältnisse bieten, wie solche bisher nur den Wohlhabenden zugänglich waren.

— Mortalität und Morbidität London's im Jahre 1890. Bei einer Bevölkerung 4,421,611 Einwohnern ergab sich ein Sterblichkeitsverhältniss von 20 auf 1000. Auf 1000 Lebende kamen 26,1 Geburten; auf 1000 Geburten betrug die Sterblichkeit von Kindern unter 1 Jahr 162. Unter 89,694 Todesfällen im Jahre 1890 waren 3 Pockenfälle, 3286 Masernfälle, 861 Scharlachfälle, 1285 Diphtheriefälle, 3272 Keuchhustenfälle, 11 Flecktyphusfälle, 592 Abdominaltyphus- und 2744 Diarrhoefälle (wahrscheinlich bei Kindern). (A. m. C.-Ztg).

— Der Ostercyclus der Feriencurse für praktische Aerzte in Berlin wird am 9. März n. St. beginnen und bis zum 6. April n. St. dauern.

— Der elfte Congress für innere Medicin findet vom 20.—23. April 1892 zu Leipzig im Deutschen Buchhändlerhause, Hospitalstrasse. unter dem Vorsitze des Herrn Professor Curschmann (Leipzig) statt.

Die Themata, welche zur Verhandlung kommen sollen, sind:

Mittwoch, den 20. April: «Die schweren anämischen Zustände». Referenten: Herr Biermer (Breslau) und Herr Ehrlich (Berlin).

Freitag, den 22. April: «Die chronische Leberentzündung». Referenten: Herr Rosenstein (Leyden) und Herr Stadelmann (Dorpat).

Die nachstehenden Vorträge sind bereits angemeldet: Herr Emmerich (München): «Ueber die Ursache der Immunität und die Heilung von Infectionskrankheiten».—Herr Peiper (Greifswald): «Ueber Urämie» — Herr Rob. Binswanger (Kreuzlingen-Constanz): «Ueber die Erfolge der Suggestiv-Therapie».— Herr Goltz (Strassburg): «Ueber die Folgen der Ausschneidung grösserer Stücke des Rückenmarkes (Bericht über Beobachtungen, welche von den Herren Goltz und Ewald an Hunden angestellt wurden). — Herr Schott (Nauheim): «Zur Aetiologie der chronischen Herzkrankheiten».—Herr v. Jaksch (Prag): Thema vorbehalten.—Herr Fürbringer (Berlin): «Zur Kenntniss der sogenannten Leberkolik und Pseudogallensteine». — Herr Vucetic (Mitrovitz): «Behandlung des Alkoholismus».—Herr Minkowski (Strassburg): «Weitere Mittheilungen über den Diabetes mellitus nach Pankreasexstirpation». — Herr Ebstein (Göttingen): Thema vorbehalten. — Herr Adamkiewicz (Krakau): «Ueber die Behandlung des Carcinomes». — Herr Finkler (Bonn): «Die verschiedenen Formen der Pneumonie». — Herr Gerhardt (Berlin): Thema vorbehalten. — Herr Geppert (Bonn): Thema vorbehalten. — Herr Israël (Berlin): «Ueber die secundären Veränderungen der Kreislaufsorgane bei Insufficienz der Nierenthätigkeit».—Herr Landois (Greifswald): «Ueber den therapeutischen Werth der Bluttransfusion beim Menschen. — Herr Rütimeyer (Basel-Riehen): «Zur Pathologie der Bilharziakrankheit». — Herr Grawitz (Greifswald): «Ueber die hämorrhagischen Infarcte der Lungen» — Herr Klebs (Zürich): «Ueber die Heilung der Tuberkulose und die Biologie der Tuberkelbacillen. — Herr G. Klemperer (Berlin) und Herr F. Klemperer (Strassburg): «Untersuchungen über die Ursachen der Immunität und Heilung, besonders bei der Pneumonie». — Herr Buchner (München): «Ueber Immunität gegen Infectionskrankheiten». — Herr v. Ziemssen (München): «Ueber subcutane Bluttransfusion». — Herr F. Wolff (Reiboldsgrün): «Ueber das Verhältniss der Infectionsgefahr zum wirklichen Erkranken bei Tuberkulose. — Herr Löffler (Greifswald): Thema vorbehalten. — Herr Rich. Stern (Breslau): «Ueber Darm-Desinfection». — Herr H. Leo (Bonn): «Beobachtungen über Diabetes mellitus». — Herr Schreiber (Königsberg): «Ueber Circulationsstörungen in den Nieren».

Mit dem Congresse ist eine Ausstellung neuerer ärztlicher Apparate, Instrumente, Präparate u. s. w. verbunden. Anmeldungen für dieselbe sind an den Local-Secretär des Congresses, Herrn Privatdocenten Dr. Krehl, Leipzig, Thalstrasse 31, zu richten.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 19. Januar d. J. 6304 (128 mehr als in der Vorwoche), darunter 513 Typhus — (21 mehr), 581 Syphilis — (24 mehr), 66 Scharlach — (wie in der Vorwoche), 20 Diphtherie — (3 mehr), 87 Masern — (3 mehr) und 10 Pockenkranke (3 weniger).

Vacanz.

Für den Lembolaschen medicinischen Bezirk des St. Petersburger Kreises wird ein Arzt gesucht. Etwaige Bewerber haben ihre Gesuche unter Beifügung der nöthigen Documente beim St. Petersburger Kreis-Landschaftsamt hieselbst (на углу Загороднаго пр. и Звенигородской ул., д. № 44–2) einzureichen.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 12. Januar bis 18. Januar 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0–6 Mon.	7–12 Mon.	1–5 Jahr.	6–10 Jahr.	11–15 Jahr.	16–20 Jahr.	21–30 Jahr.	31–40 Jahr.	41–50 Jahr.	51–60 Jahr.	61–70 Jahr.	71–80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
342	262	604	134	48	86	13	2	18	61	57	49	48	40	34	14	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 13, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 7, Masern 23, Scharlach 12, Diphtherie 7, Croup 0, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 29, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 2, Tuberculose der Lungen 111, Tuberculose anderer Organe 4, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 49, Marasmus senilis 25, Krankheiten des Verdauungscanals 60, Todtgeborene 18.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 4. Februar.

Tagesordnung: W. Beckmann: Ueber Uterusruptur.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 10. Februar.

Дозв. ценз. Спб. 25 Января 1892 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Wienecke, Katherinenhofer-Pr. № 15.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 5 St. Petersburg, 1. (13.) Februar **1892**

Ueber Leukaemia oder Leukocytaemia.

Von

Dr. F. Weber.

(**Vortrag**, gehalten am 17. März 1891 in der ärztlichen Section der Jaltaer klimatologischen Abtheilung der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit).

M. H.! Erlauben Sie heute als Thema meines Vortrags eine Krankheit zu wählen, welche zwar recht selten und nicht im directen Zusammenhange mit den Krankheitsgruppen steht, die als Hauptobjecte der Behandlung in unseren Curorten des Südgestades da stehen, jedenfalls aber durch den klinischen Verlauf, sowie durch den Umstand, dass dieselbe, besonders was ihr Wesen anbetrifft, seiner Zeit zu den lebhaftesten Disputen in der Gelehrtenwelt Veranlassung gab, von grösstem Interesse ist.

Bis zum Jahre 1845 hatte man von diesem Leiden keinen klaren Begriff, ungeachtet dasselbe wahrscheinlich schon Jahrhunderte bestanden hatte, da es wohl wie viele andere in die so bequeme Gruppe der scrophulösen Erkrankungen aufgegangen war. Daher glaube ich, dass viele derjenigen Fälle, welche als acute scrophulöse Processe mit rascher Bildung von Drüsengeschwülsten unter heftigen Fiebererscheinungen, so wie andere Formen von erethisch-scrophulösen Erkrankungen hierher gehören. — Dass die Leukaemie eine seltene Krankheit ist, erhellt aus den statistischen Berichten aller Krankenanstalten, da sie in denselben immer nur in ganz vereinzelten Fällen vertreten ist. Dasselbe muss ich auch von meinem eigenen Material sagen, welches ich den Tagebüchern meiner Privatpraxis für 3 Jahrzehnte (1860—1890) entnommen; daselbst sind auf die Gesammtzahl von 28667 Krankennummern nur 31 Fälle von Leukaemie verzeichnet, unter denen zwei Mal der Ausgang ein letaler war. Als ich diesen Zahlenbericht mit dem vorhandenen Material zusammenstellte, erwies es sich, dass 3 Fälle, welche in diese Rubrik eingereiht waren, in diagnostischer Beziehung als zweifelhaft hingestellt wurden und deshalb beim Verwerthen des Materials ausrangirt werden mussten, so dass nur noch 28 Fälle übrig blieben: somit kam also auf je 1000 Kranke 1 Fall. Es ist möglich, dass bei Aerzten mit vorwiegend therapeutischer Praxis das Verhältniss sich anders gestaltet, doch glaube ich annehmen zu können, dass im grossen Ganzen die Häufigkeit des Auftretens der Leukaemie schwerlich 1‰ übersteigen wird.

Aus meinem Material gedenke ich heute zwei Fälle besonders hervorzuheben und Ihnen casuistisch zu demonstriren, da sie sich durch die ätiologischen Momente, den klinischen Verlauf, so wie den Ausgang von einander grell unterscheiden und beide lange Zeit hindurch in meiner Beobachtung blieben. Der eine der beiden Fälle betraf die Gattin eines Collegen, welche ich 215 Tage in Behandlung hatte, in welcher Zeit ich sie mehr als 500 Mal besuchte; der 2. Fall betrifft meine eigene Mutter, bei der die Leukaemie 2½ Jahre anhielt und mit dem Tode abschloss; in der ganzen Zeit blieb sie neben den Consultanten in meiner Behandlung.

Doch ehe ich zur casuistischen Beschreibung der beiden Fälle mit der Entfaltung des klinischen Bildes derselben schreite, erlaube ich mir einige Worte über das Wesen der Leukaemie, so wie über die allgemeinen Ergebnisse aus meinem kleinen statistischen Material mitzutheilen.

Als Virchow anno 1845 zum ersten Mal einen Vortrag über Leukaemie hielt, fand sich sofort ein englischer Arzt Benett, welcher mit seinen Prioritätsrechten hervortrat und behaupten wollte, dass er schon vor Virchow oder doch gleichzeitig mit demselben die genannte Krankheit beschrieben und dieselbe mit dem Namen «Leukocytaemia» belegt habe. Die Folge dieser Bekanntmachung war ein langwieriger gelehrter Prioritätsrechtsstreit, der nie ganz beigelegt wurde. Virchow selbst giebt zu, dass Benett zu der genannten Zeit einen Fall beschrieben, welcher deutlich alle Symptome einer Leukaemie darbot, aber von Benett nicht Leukocytaemie, sondern einfach «Pyaemie» genannt wurde; erst als Virchow in seiner classischen Weise das Wesen der Krankheit beleuchtet und seine Entdeckung publicirt hatte, trat Benett mit dem Namen der «Leukocyt-

aemie» hervor. — Uebrigens bekämpft Virchow die Richtigkeit der letzteren Benennung, weil dieselbe nicht dem Wesen der Krankheit entspricht. Im Blute eines jeden gesunden Menschen giebt es eine mehr oder weniger bedeutende Zahl von weissen Blutkörperchen; ausserdem giebt es verschiedene acute Bluterkrankungen, in denen zeitweise die Anzahl der weissen Blutkörperchen rasch die normale Menge überschreitet; diese belegt Virchow mit dem Namen «Leukocytaemie».

Doch hat dieser Krankheitsprocess mit der eben besprochenen Krankheit nichts gemein, denn in diesen Fällen bleibt der Ueberschuss an weissen Blutkörperchen für die allgemeine Ernährungsökonomie ohne weitere Folgen, da dabei weder hyper- noch heteroplastische Erscheinungen in den Drüsenorganen auftreten. — Virchow behauptet, dass die einzige richtige Benennung der zu besprechenden Krankheit «Leukaemia» sei, da bei der chemischen Untersuchung des Blutes stets in grösseren oder geringeren Mengen «Leucin» vorgefunden wird. — Wenn man diese Krankheit «Leukaemia» nennt, so ist es selbstverständlich, dass man sich nicht einzubilden braucht, die mit derselben behafteten Kranken hätten weisses Blut in den Adern, ebenso wenig wie bei den Anaemischen blutleere Gefässe existiren und bei Hydraemie Wasser in den Blutgefässen fliesst; deshalb sind die dahinzielenden Bemerkungen der Gegner Virchow's bedeutungslos.

Nach Virchow ist also die Leukaemie eine dyskrasische Krankheit, bei welcher die Zahl der weissen Blutkörperchen im Blute rasch zunimmt und zwar nicht temporär; dieser Zustand des Blutes bleibt vielmehr constant, wobei das Blut immer Leucin in mehr oder weniger bedeutender Menge enthält. Dabei bildet sich in verhältnissmässig kurzer Zeit eine Hyperplasie aller oder vieler Drüsengruppen, so wie der Milz und der Leber aus, und es kommt nicht selten zu massenhaften heteroplastischen Neubildungen. Diese Dyskrasie tritt nie als primäre Bluterkrankung auf, vielmehr hat man den Urquell derselben in der krankhaften Degeneration des Drüsenapparates zu suchen, hauptsächlich in den bluterzeugenden Organen: in der Milz, den Lymphdrüsen und der Thymusdrüse.

Bei dieser Dyskrasie kommt die Hyperplasie der verschiedenen Organe nicht wie bei den scrophulösen Erkrankungen dadurch zu Stande, dass der Ueberschuss von weissen Blutkörperchen aus dem Blute in die verschiedenen Gewebe abgelagert wird, wo sie dann der Einwirkung der localen Verhältnisse unterliegen. Hier findet keine solche Ablagerung statt; hingegen wirken die trabeculären Elemente auf die betreffenden Organe als Reizelemente und bedingen die Hyperplasie derselben. Dank diesen Verhältnissen wird das Gewebe der Drüsenorgane nicht degenerirt, sondern hyperplasirt, hypertrophirt, es bilden sich Neubildungen mit voller Function, die Drüsen werden vergrössert, wobei die Drüsenfunction mit dem Volumen derselben wächst.

Virchow theilt die leukaemischen Erkrankungen in 2 Gruppen: die lienale und die lymphatische, von denen jede sich durch besondere Blutbeschaffenheit auszeichnet. Bei der lymphatischen Gruppe sind die weissen Blutkörperchen von geringerem Umfang, dafür sind aber die Zellenkerne grösser, mit einer sehr reichen Granulation, so dass der Kern fast die ganze Zelle ausfüllt. Bei den lienalen Formen sind die weissen Blutkörperchen umfangreicher, die Kerne sind kleiner und glatter, mit unbedeutender Granulation der Oberfläche; dabei hat das Blut einen grösseren Gehalt an Leucin. — Uebrigens giebt es auch gemischte Formen, in denen die Hyperplasien von Lymphdrüsen und Milz Hand in Hand gehen.

Was mein eigenes Material anbetrifft, so fand sich, dass in den 28 Fällen die Milz jedes Mal vergrössert war, nur mit dem Unterschiede, dass in einigen Fällen die Hypertrophie der Milz nicht den Umfang einer tüchtigen Recurrensmilz überschritt, wo hingegen in anderen Fällen dieselbe mit ihrem unteren Rande die Crista ossis ilei berührte. Ungeachtet dessen kann ich doch die Fälle meines Materials, je nach dem Vorwiegen der Hyperplasien unter die drei Gruppen folgendermaassen vertheilen:

Zur lienalen	Form	zählte	ich	12
» lymphatischen	»	»	»	4
» gemischten	»	»	»	12.

Was den Umfang der Milz anbetrifft, so war derselbe in 12 Fällen so bedeutend, dass der untere Rand die Grenze von der Umbilicallinie bis zur Crista ossis ilei erreichte.

In 10 Fällen fand neben der Hypertrophie der Milz auch eine bedeutende Volumzunahme der Leber statt und erreichte der untere Rand derselben in 4 Fällen die Umbilicallinie.

Was die Hyperplasie der Drüsen anbetrifft, so war in 10 Fällen eine Polyadenitis, in 4 Fällen eine Hyperplasie der Gekrösedrüsen, in 4 Fällen der Jugulardrüsen und der Thymus, sowie der Glandula thyreoidea, in 2 Fällen Hyperplasie der Brustdrüsen mit Abscessbildung, in 2 Fällen Hypertrophie der Achseldrüsen mit Abscessbildung verzeichnet. — In den mit Polyadenitis verzeichneten Fällen waren gleichzeitig Hals-, Achsel-, Leisten-, Gekröse-, Thymus- und Thyreoideadrüsen hyperplasirt.

Was die Geschwulst der Milz anbetrifft, so war die Oberfläche derselben immer glatt; sie hatte eine pralle, elastische Consistenz und erinnerte nie an die wachsartige Sprödigkeit einer Recurrensmilz. In den Fällen, wo die Milz rasch an Umfang zunimmt, so dass der untere Rand die Crista ossis ilei erreicht, bekommt sie eine weiche Consistenz; diese Fälle sind von localen Peritonealerscheinungen oder von Ascites begleitet. Das Wachsen der Milz geht entweder langsam oder stürmisch vor sich, in letzterem Falle ist heftiges Fieber vorhanden, wobei meist bedeutende Morgenremissionen beobachtet werden. — Diejenigen Fälle, wo locale Peritonitis auftritt, werden auch von heftigem Fieber begleitet.

Die Geschwulst der Leber bietet nicht immer eine so glatte Oberfläche, wie die der Milz dar; in mehreren Fällen war sie höckerig, so dass man unwillkürlich bösartige Neubildungen vermuthete. Dieses klinische Krankheitsbild wird durch die von Virchow beschriebenen anatomischen Befunde der Leber erklärt. Wie er constatirt, werden hier nicht nur die Leberzellen hyperplasirt, es wird auch das ganze Gewebe von den Neubildungen überfüllt, so dass der Leberdurchschnitt stark an eine von Miliartuberkeln durchsetzte Leber erinnert; ausserdem beginnen an der Capsula Glissonii Neubildungen des Bindegewebes, welche ausserordentlich rasch an Umfang zunehmen, sich in die Tiefe des Lebergewebes versenken, um wieder an die Oberfläche des Organs hervorzutreten. Diese Neubildungen durchsetzen die Leber als baumartige Hyperplasmata von graugelber Färbung, welche aus Zellenmassen mit festen Kernen bestehen.

Am interessantesten bei der Leukaemie ist das Verhalten der Drüsen. Wenn auch in jedem einzelnen Falle die Lymphdrüsen participirten, so spielten dieselben doch in der sogenannten lymphatischen Gruppe die Hauptrolle. Die Schwellung der Drüsen beginnt gewöhnlich an der einen Körperhälfte, angefangen mit den Hals- und Nackendrüsen der linken Seite, Schwellung des linken Flügels der Thyreoidea, worauf die Achseldrüsen, einige Pakete der Milchdrüsen und endlich die Leistendrüsen zu schwellen beginnen; gleichzeitig schwellen die Thymus und Milz an. Diese Drüsenschwellungen zeichnen sich von den scrophulösen Anschoppungen der Drüsenapparate durch Form und Verlauf aus Die Drüsen schwellen rasch ohne alle localen Reizerscheinungen in der Haut, sowie im benachbarten Zellgewebe, die Haut behält an den afficirten Stellen nicht nur die

normale Färbung, sondern auch die freie Verschiebbarkeit, das Zellgewebe ist dabei frei von jedem Infiltrate, dabei ist selten eine Empfindlichkeit beim Druck auf die Drüsen zu bemerken. Hier müssen wir noch auf den Sectionsbefund der Drüsen bei Virchow aufmerksam machen, welcher ganz diesem klinischen Verhalten der Drüsen entspricht. Bei Untersuchung der Drüsen Leukaemischer fand er nie die käsige Entartung, wie man sie beständig in den Drüsen scrophulöser Subjecte antrifft; hier haben wir das deutliche Bild einer Hypertrophie der elementaren Theile des Organs, der Zellen und des Bindegewebes. Wenn man hier und da seröse Infiltrationen in der Nachbarschaft der afficirten Drüsen vorfindet, so ist es in den Fällen, wo sich bereits eine allgemeine Hydraemie mit Ascites und Anasarka ausgebildet hatte. Unter meinen Fällen hatte sich doch vier Mal eine Drüsenvereiterung vorgefunden, die übrigens auch durch Virchow nicht bestritten und durch zufällige Entzündungsprocesse des Zellgewebes in der Nachbarschaft der hypertrophirten Drüsen erklärt wird. Die Abscessbildung in den Brustdrüsen bei Leukaemischen zeichnet sich auffallend von der suppurativen Mastitis im Allgemeinen aus. Hier bilden sich bei plötzlicher Temperaturerhebung ganz kleine, circumscripte, meist an der Oberfläche liegende Abscesse von der Grösse einer Haselnuss bis zu der eines Hühnereies aus, wobei die vollkommene Erweichung rasch von statten geht, so dass der Abscess in 1—2 Tagen messerreif wird.

Die Aetiologie dieses Krankheitsprocesses ist bis jetzt noch in ein undurchdringliches Dunkel gehüllt, in welches durch die Statistik meines bescheidenen Materials schwerlich Licht gebracht werden kann; dennoch will ich es nach dieser Seite zu verwerthen suchen.

Die 28 Fälle vertheilen sich auf die verschiedenen Altersklassen wie folgt:

Von	0—1	Jahre	— 4	Fälle	=	14 %
»	1—10	»	— 1	»	=	3,55 %
»	10—15	»	— 2	»	=	7,10 %
»	15—20	»	— 5	»	=	17,75 %
»	20—25	»	— 5	»	=	17,75 %
»	25—30	»	— 2	»	=	7,10 %
»	30—35	»	— 1	»	=	3,55 %
»	35—40	»	— 1	»	=	3,55 %
»	40—45	»	— 2	»	=	7,10 %
»	45—50	»	— 1	»	=	3,55 %
»	50—55	»	— 1	»	=	3,55 %
»	60—65	»	— 1	»	=	3,55 %
»	65—70	»	— 2	»	=	7,10 %

Aus dieser Tabelle ist zu ersehen, dass die Leukaemie vom ersten Lebensjahre bis in das höchste Alter vorkommen kann; verhältnissmässig die meisten Fälle kommen auf das Decennium 15—25 Jahre.

Aller Wahrscheinlichkeit nach wird das weibliche Geschlecht häufiger als das männliche von der Leukaemie heimgesucht; leider hat meine kleine Statistik hier kein Wort mitzusprechen, da meine Fälle nur Frauen und Kinder aufweisen, weil meine Privatpraxis sich fast ausschliesslich auf kranke Frauen und Kinder beschränkte. Doch selbst unter den 6 Kindern meines Materials fanden sich 5 Mädchen und nur 1 Knabe vor. — Von den 22 Erwachsenen waren 8 Frauen und 14 Mädchen. Von den 8 Frauen hatten 7 mehr oder weniger häufige Schwangerschaften durchgemacht und nur eine war steril geblieben; die Zahl der vorhergegangenen Geburten schwankte zwischen 1 bis 11, die Dauer des Ehestandes von 1 bis 50 Jahre.

Was die Menstrualverhältnisse anbetrifft, so waren die Menses in 5 Fällen bereits versiegt und fand der Schluss derselben vom 31. bis zum 47. Jahre statt. In 3 Fällen war, trotz eingetretener Geschlechtsreife, noch keine Menstruation vorhanden, so dass die Fälle neben der Leukaemie in der Rubrik Amenorrhoe in meinen Jahresberichten figurirten, da in denselben das 13. bis 28. Lebensjahr überschritten war. — Ueberhaupt muss ich bemerken, dass selbst bei bereits eingetretener Menstruation mit Beginn der Leukaemie die Menstruation unregelmässig wird und sich sogar Amenorrhoe ausbildet.

Was den Einfluss der Beschäftigung auf die Entwickelung der Leukaemie anbetrifft, so ist als häufigste Erwerbsquelle der Patientinen meines Materials die Weissnaht bei Handhabung der Nähmaschinen verzeichnet, wonach die Nähmaschine bei angestrengter Arbeit und ungenügendem Lohn und Verpflegung in der Aetiologie der Leukaemie wohl eine Rolle spielen könnte.

Wenn auch die kleinen Ziffern meines statistischen Materials keine maassgebende Bedeutung haben, so muss ich doch bekennen, dass nach dem allgemeinen Eindruck, den die Vorgeschichten in meinen Krankheitsfällen auf mich ausübten, ich den moralischen Einflüssen: einer plötzlich veränderten Lebensweise, erschütternden Gemüthsaffectionen einen bedeutenden Einfluss auf die Entwickelung der Leukaemie zuschreibe. Aus dem begleitenden Symptomencomplex bei Erwachsenen traten hauptsächlich allgemeine Nervosität, die Hysterie in allen ihren Formen und Entwickelungsgraden auf. Auch waren die Affectionen in der Genitalsphäre an der Tagesordnung, wobei in 6 Fällen die Harnapparate in Mitleidenschaft gezogen waren und sich Anasarka und Ascites ausbildeten. — Ueber die Lungenaffectionen und sonstigen Zufallskrankheiten schweige ich.

Ueber das Verhalten der Temperatur muss ich bemerken, dass einige Fälle sich mehr latent verhielten und einen torpiden Verlauf nahmen, wogegen die meisten Fälle von stürmischen Fiebererscheinungen begleitet waren. Diese waren meist der Masse der hyperplastischen Processe analog und zeichneten sich durch ihre Hartnäckigkeit und Intensität aus, wie es durch die beiden casuistischen Fälle deutlich illustrirt wird.

Fall Nr. 1. Frau A. J. N., Frau eines Arztes, 25 Jahr alt geboren in Nord-Amerika, jedoch mit 3 Jahren bereits nach Petersburg übergesiedelt und in der Residenz erzogen. In der Kindheit laborirte sie beständig an chlorotisch-anämischen und scrophulösen Processen, Hautausschlägen und Drüsenaffectionen. Die erste Menstruation trat mit 15 Jahren ein und hielt 5 Tage an, hatte einen 4wöchentlichen Typus bei geringer Quantität. Pat. ist von schwacher Constitution, leidet an allgemeiner Nervosität und verschiedenartigen hysterischen Erscheinungen. Sie wurde mit 24 Jahren verheirathet; 11 Monate nach der Hochzeit stellte sich die rechtzeitige Geburt ein.

Als nach 3tägigen Geburtswehen und 36 Stunden nach Abfluss des Fruchtwassers die Geburt nicht vollendet war, wurde ich zur Consultation gebeten, da wegen Kräfteverfall der Pat. der Gedanke an Verkleinerung der Frucht auftauchte, um so mehr da in den letzten 24 Stunden der Kopf in den Beckeneingang eingekeilt, kein Vorrücken mehr gezeigt haben sollte. Bei der Untersuchung fand ich starkes Oedem der äusseren Genitalien, so wie der ganzen Vagina vor; der vorliegende Kopf war mit einem starken Caput succedaneum auf den Beckeneingang aufgekeilt, das Becken regelmässig geformt, doch im Verhältniss zum umfangreichen vorliegenden Theil zu eng. Diese Verhältnisse waren beim allgemeinen Kräfteverfall der Kreissenden die Ursache, dass man als Indicatio vitalis eine Verkleinerung des Schädels durch Perforation proponirte. Da bei der Untersuchung des Abdomens deutlicher foetaler Herzschlag zu constatiren war, dabei die Entkräftung der Pat. noch nicht den Grad erreicht hatte, welcher zu einer Opferung des Lebens der Frucht berechtigte, so proponirte ich eine Extraction des Kindes mit der Zange oder eine Wendung auf die Füsse zu versuchen. Es gelang mir nach vielen Bemühungen ein zwar asphyktisches, aber lebendes Kind zu extrahiren; die Belebung des Kindes gelang nach energischen Versuchen und es lebt bis heute. In Folge des tagelangen Druckes des vorliegenden Theiles auf das Becken und seine Weichtheile hatte sich eine ausgebreitete traumatische Periparametritis ausgebildet, welche bis zum 12. Tage von heftigen Fiebererscheinungen (38,5—39,2) begleitet war. Vom 12. bis zum 18. Tage hielt sich eine subfebrile Temperatur von 37,5—38° C.; darnach stellte sich hektisches Fieber mit Morgenremissionen ein, welches 215 Tage anhielt, wobei das Maximum der Temperatur gar oft 39° C. überschritt und Schüttel-

fröste und Nachtschweisse sich oft wiederholten. Nach Ablauf der 215 Tage gelang es uns, Pat. an das Gestade des finnischen Meerbusens überzuführen und nach 3tägigem Landaufenthalte wich das Fieber vollkommen. Im Verlauf der Fieberzeit hob sich die Temperatur jedesmal entsprechend der Bildung neuer Hyperplasien, so wie Vereiterungen in den Drüsenorganen, von denen ich später sprechen werde. Anfangs waren wir der Meinung, dass wir es einfach mit einer Ichoraemia puerperalis zu thun hatten, doch da die Localerscheinungen die Annahme nicht rechtfertigten, so wurde eine mikroskopische Untersuchung des Blutes unternommen, wobei sich herausstellte, dass dasselbe eine Unmasse von weissen Blutkörperchen enthielt, die ihrer Gestaltung nach den weissen Blutkörperchen entsprachen und die Virchow als charakteristisches Zeichen der lymphatischen Form von Leukaemie festgestellt hatte. Beiliegend habe ich die Ehre den Herren Collegen die Temperaturcurve für die Zeit der Krankheitsdauer vorzulegen. Die Messungen der Temperatur wurden nie weniger als 3 Mal täglich vorgenommen, oft bis 6 Mal täglich mit gleichzeitiger Pulszählung; die Messungen wurden immer von Aerzten ausgeführt. Die obere Curve bezeichnet den Puls, die untere die Temperatur. Schüttelfröste sind mit einem Kreuz bezeichnet.

In der ersten Woche entsprachen die Localerscheinungen, sowie das begleitende Fieber den Symptomen einer traumatischen Periparametritis, die sich hauptsächlich durch einen tiefen, intensiven Schmerz in regione pubis und Harnbeschwerden manifestirten und die Annahme erhärteten, dass wir es hier mit einer Abscessbildung in der Symphyse zu thun hätten, wobei das Zellgewebe zwischen Symphyse und Harnblase in Mitleidenschaft gezogen wäre. Abscesse dieser Art sind durch Palpation sehr schwer zu erkennen, selbst wenn sie bereits bis zur Zerstörung des Symphysenknorpels und Caries der Beckenknochen vorgeschritten sind und zu enormen Eitersenkungen in die Beckenhöhle Veranlassung gegeben haben. Glücklicher Weise wurde diese Befürchtung nicht zur Wahrheit; statt dessen stellten sich aber bald Schwellung der Halsdrüsen, der Schilddrüse, der Achseldrüsen und gleichzeitig Anschwellung der Thymusdrüse ein. Bald darauf stellten sich knollige Geschwülste in der rechten Brustdrüse, Schwellung der Achsel- und Leistendrüsen und zwar auf der rechten Seite ein, ja selbst die Vergrösserung der Schilddrüse beschränkte sich auf den rechten Flügel; die Achseldrüsen und Knollen in der Brustdrüse gingen in Eiterung über. Gleichzeitig wurde eine Vergrösserung der Milz constatirt, doch nahm der Umfang derselben nicht so rapide zu, wie in vielen der übrigen Fälle von Leukaemie, so dass der untere Rand derselben die Maximalgrenze von 4 Cm. unter dem Rippenrand erreichte. Auch die Leber war ein wenig geschwollen. In der Gegend der Symphyse bildete sich nun eine elastische Geschwulst von Hühnereigrösse, welche mehr nach der rechten Seite neigte und die Annahme einer Vereiterung der Symphyse aufrecht zu erhalten schien. Um diese Zeit wurde Pat. durch heftige Schüttelfröste und profuse Nachtschweisse entkräftet. — Trotzdem Patientin nicht stillte, stellte sich im Verlauf von 9 Monaten keine Menstruation ein.

Bei den verschiedenen Consultationen wurden gar mannigfache Behandlungsmethoden in Anwendung gebracht, ohne von Erfolg gekrönt zu werden: mein Vorschlag, auf die Kranke durch Veränderung der klimatischen Verhältnisse, wenn auch nur durch Ueberführung derselben auf's Land einzuwirken, konnte nicht ausgeführt werden, da es die Mittel des Collegen nicht gestatteten, so dass man sich mit einer forcirten Ernährung sowie mit Arsen begnügen musste. Unter allen Arzneien wurde Arsen am besten vertragen. Die Geschwulst der Drüsen und Milz schwankte beständig im Umfange.

Endlich am 211. Tage nach der Niederkunft im Mai gelang es uns Pat. an die am Ufer des finnischen Meerbusens gelegene Militärstation Lopuchinka überzuführen und es trat sogleich ein auffallender Erfolg ein; nachdem sich die Kranke 3 Tage auf dem Lande befunden hatte, fiel das Fieber vollkommen ab, um nicht wiederzukehren; die Schwellung der Milz schwand rasch, auch die der Drüsenorgane verlor sich allmälig vollkommen. Patientin erholte sich rasch, nahm an Körpergewicht zu, die weissen Blutkörperchen im Blute schwanden und endlich, nach 2 Monaten Landaufenthalt, stellte sich Ende Juli regelmässige Menstruation ein. Im Ganzen genommen fühlte sich Patientin, nachdem sie diese Krankheit überstanden hatte, wohler als je zuvor.

Fall II. Dieser Fall ist eine gemischte Form von Leukaemie mit vorwiegendem linealem Typus. Die $2^1/_2$ Jahre umfassende Temperaturcurve ist in das Archiv Dr. Kernig's gerathen, welcher die Freundlichkeit hatte, die Behandlung der Kranken hauptsächlich zu leiten.

A. W. erkrankte im 62. Lebensjahre, war von kräftiger, guter Constitution, erfreute sich überhaupt einer ausserordentlich guten Gesundheit, litt nur im 30. Lebensjahre an einem fulminanten Puerperalprocess; im Uebrigen hatte sie ärztliche Hülfe fast nie nöthig. — Die erste Menstruation trat mit 15 Jahren ein, war immer regelmässig, 4—5 Tage anhaltend mit 4wöchentlichem Typus, Schluss der Menstruation mit 46 Jahren ohne alle Menstrualbeschwerden. Hat 7 ausgetragene, gesunde Kinder geboren, mit Ausnahme des einen (wegen obenerwähnten Puerperalprocesses) alle selbst gestillt. Im Verlauf von 40 Jahren hatte sie einer ausserordentlich grossen und complicirten Wirthschaft, sowie der Leitung eines commerciellen Geschäfts vorgestanden; da erkrankte ihre geliebte Tochter und ging an einem Herzfehler zu Grunde. Die langwierige Krankheit derselben hatte das Nervensystem der Mutter stark alterirt, so dass sich Pat. plötzlich von der anstrengenden Thätigkeit zurückzog. Nach einer so plötzlichen Veränderung der Lebensweise wurde die atlethische Dame in einem einzigen Jahre zur Greisin, wobei sie eine ausserordentlich blasse Gesichtsfarbe und ein pastöses, ödematöses Aussehen bekam, während sie vordem von Gesundheit strotzte. Eines Tages, nachdem sie bei heftigem Regenwetter eine sehr weite Fahrt gemacht hatte, kehrte sie vollkommen ermattet heim; bald stellte sich ein heftiger Schüttelfrost ein, dem eine Temperatur von 39° C. folgte. Am anderen Tage schwoll die Milz an, so dass die Entwickelung einer Febris recurrens erwartet wurde, da dieselbe zu der Zeit in Petersburg epidemisch herrschte. — Am 2. Tage trat rasches Schwellen der Milz, der Nacken- und Halsdrüsen der rechten Seite ein, die eine Reihe von Ketten mit hervortretenden einzelnen Drüsen bildeten; gleichzeitig war der linke Flügel der Schilddrüse stark geschwellt, auch eine Geschwulst der Thymusdrüse nachweisbar; darauf schwollen die Achseldrüsen der linken Seite, die linke Brustdrüse, sowie die Leisten- und Cruraldrüsen derselben Seite an, wobei der Umfang der Milz rasch zunahm. Am 3. Tage hatte diese mit dem unteren Rande das Niveau der Nabelhöhe erreicht. Bei Untersuchung des Blutes ergab sich, dass es massenhaft weisse Blutkörperchen mit den charakteristischen Zeichen einer lymphatischen Leukaemie enthielt; im Harn war eine mässige Quantität Eiweiss enthalten. Im Verlauf von 2 Monaten dauerte ein continuirliches Fieber mit Morgenremissionen und 39° C. Maximaltemperaturen an; die allgemeinen Zeichen von Anaemie nahmen zu, der Kräfteverfall war bedeutend. Im 3. Monat ging die Hyperplasie der Drüsen auch auf die rechte Seite über, angefangen mit der Affection der Leistendrüsen, allmälig bis zu den Hals- und Nackendrüsen steigend. Die Milz nahm allmälig an Umfang zu, wogegen die Leber nur mässig anschwoll; ein jeder neue hyperplastische Process war von heftigen Fieberexacerbationen begleitet. Im 4. Monat der Krankheit hatte der Umfang der Milz sein Maximum erreicht, so dass der untere Rand derselben sich auf die linke Darmbeinschaufel stemmte und jeden Tag eine Berstung der Milz befürchtet wurde; gleichzeitig traten die Symptome einer heftigen Peritonitis auf, wobei die Temperatur 40° C. überstieg, heftiger acuter Schmerz im ganzen Abdomen, unstillbares Erbrechen und ein furchtbares Angstgefühl eintraten, so dass Pat. gepeinigt von den Symptomen Tag und Nacht schrie; gleichzeitig nahmen auch die Brust-, Hals- und Achseldrüsen enorm an Umfang zu und es war jeden Augenblick der letale Ausgang zu befürchten.

Doch plötzlich milderten sich die acuten Symptome, die Geschwulst der Milz begann abzufallen; dasselbe geschah mit den übrigen Drüsen, doch der Gehalt an weissen Blutkörperchen im Blute blieb derselbe; der Harn blieb eiweisshaltig, es bildete sich ein mässiges Anasarka und Ascites aus, es schwanden die heftigen Fiebererscheinungen, statt dessen traten oft Zeichen eines Darmkatarrhs auf; im Ganzen verwandelte sich der acute Process mit all seinen stürmischen Symptomen in ein chronisches Leiden. Der Zustand der Kranken besserte sich insoweit, dass sie das Bett verlassen und Ausfahrten unternehmen konnte, doch blieb die blasse Gesichtsfarbe, die Mattigkeit und Appetitlosigkeit nach. Die Geschwulst der Drüsen verkleinerte sich, doch schwand sie nie mehr, auch blieb der Befund des Blutes der gleiche.

Im nächsten Herbst und Winter traten von neuem Exacerbationen mit acutem Charakter auf, die Milz schwoll, wenn auch nicht zu dem Umfange, wie im vergangenen Jahre, so dass der Charakter einer chronischen Krankheit mit Exacerbationen bestehen blieb. Im darauffolgenden Sommer hielt sich beständig ein subfebriler Zustand; die Milz blieb bis zum Tode 10 Cm. unter dem Rippenrand stehend, die Drüsen blieben gross und wurden hart, dabei nahmen die Symptome eines allgemeinen Hydrops zu; von Zeit zu Zeit traten ödematöse Lungenkatarrhe auf; der Darmkatarrh wurde immer hartnäckiger und schliesslich ging Pat. an Lungenödem zu Grunde. Das Blut zeigte bis zum Tode die der Leukaemie eigenthümlichen Veränderungen.

Referate.

Franz Neumann: Ueber Sauerstofftherapie nach eigener Methode. (Ther. Monatsh. Oct. 1891).

Als das Wesentliche seiner Methode, den Sauerstoff als Heilmittel zu verwenden, stellt N. die Verbindung einer procentisch höheren Sauerstoffmischung mit einem

höheren Luftdruck hin. Er tritt somit in einen Gegensatz zu den früheren Methoden der Sauerstofftherapie, da nach denselben entweder unvermischter Sauerstoff ohne höheren Druck oder aber ein Gemisch von Stickstoff und Sauerstoff mit hohen Sauerstoffprocenten bei gewöhnlichem Druck eingeathmet werden musste.

Verf. ging von der Voraussetzung aus, dass, um eine sichere Art der Sauerstoffathmung zu besitzen, die die Mängel früherer Methoden beseitigt, folgende Bedingungen erfüllt sein müssen: 1. Die Entwickelung des Gases muss in zu beobachtender regulirbarer Weise geschehen. 2. Das Gasgemenge muss sich annähernd auf den Einzelathemzug berechnen lassen und daher sich langsam vertheilen. 3. Der Sauerstoff darf die Respirationsorgane nicht reizen. 4. Er muss daher in Verbindung mit atmosphärischer Luft — also gemischt — geathmet werden. 5. Er muss mühelos auch von Geschwächten inhalirt werden können und daher unter mässig erhöhtem Druck zur Aufnahme gelangen.

Neumann hat vom Mechaniker Scheurer in Karlsruhe einen Apparat herstellen lassen, der diesen Bedingungen gerecht wird. Die detaillirte Beschreibung desselben an dieser Stelle würde zu weit führen und muss im Original eingesehen werden. Erwähnt sei nur, dass die Bedienung des Apparates eine überaus einfache ist.

Unangenehme Zufälle bei der Sauerstoffathmung nach seiner Methode hat Verf. nie beobachtet: die Respiration hielt den normalen Typus ein, der anfangs frequente Puls verlangsamte sich bald, Herzklopfen etc. kamen bei seinen Versuchen nie vor. Zuweilen stellte sich nach den Inhalationen unbezwingliches Bedürfniss nach Schlaf ein, der übrigens als angenehm und erfrischend von den Patienten geschildert wurde. Von allen Kranken wurde ferner das durch die Einathmung hervorgerufene allgemeine Wohl- und Kraftgefühl und die Erleichterung der Respiration besonders betont.

Verf. hat seine Methode vor Allem bei schweren Anämien angewendet, ferner in der Reconvalescenz nach schwerer Pleuritis, bei Phthise (auch in Verbindung mit dem Tuberculin) und bei Diabetes. In drei vom Verf. behandelten Fällen von schwerer Anämie, die er in ausführlicheren Krankengeschichten bespricht und die jeder andern Therapie hartnäckig getrotzt hatten, haben die Sauerstoffinhalationen nach Verlauf einiger Wochen eclatante dauernde Besserung erzielt. Die Patientinnen stammten sämtlich aus der körperlich schwer arbeitenden Klasse und konnten nach Beendigung der Cur ihren Beschäftigungen mit Erfolg nachgehen. Auch die bei der Behandlung der anderen oben genannten Erkrankungen gewonnenen Resultate entsprachen durchaus den gehegten Erwartungen.

H. Stillmark (Helmet).

K. Glaser. Ueber den Einfluss alkoholischer Getränke auf das Harnsediment des normalen Menschen. Deutsche medic. Wochsch. Nr. 43.

Der von Stenbeck erfundene Centrifugalapparat hat zu einer wissenschaftlichen Abhandlung bereits Verwendung gefunden, indem Glaser auf Veranlassung von Prof. Jaksch mit Hilfe des Apparates die Harnsedimente gesunder Personen nach dem Genusse von alkoholischen Getränken untersuchte. Ausser der Abscheidung von Harnsäurekrystallen und von oxalsaurem Kalk wurde als wichtigster Befund erhoben eine Vermehrung der Leukocyten und das Auftreten von Cylindern und Cylindroiden. Diese Vermehrung von weissen Blutkörperchen fand sich so constant, dass Verf. im Stande war, aus diesem Befunde auf einen vorangegangenen Excess zu schliessen. Bei fortgesetztem Alkoholmissbrauch wurde die Vermehrung der Leukocyten so enorm, dass man glauben konnte, einen Eiterharn vor sich zu haben. Auch die hyalinen Cylinder nahmen an Zahl zu.

Auf Grund seiner Untersuchungen gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1. Die alkoholischen Getränke wirken schon in relativ mässiger Menge reizend auf die Nieren, so dass es zur Auswanderung von Leukocyten und zur Bildung von Cylindern kommt; ferner bewirken sie das Auftreten grosser Mengen von Oxalsäure und Harnsäurekrystallen. Das Auftreten dieser Krystalle erklärt Verf. auf Grund des durch den Alkoholgenuss veränderten Stoffwechsels. 2. Die Wirkung der alkoholischen Getränke erstreckt sich bei einmaligem Missbrauch nicht über 36 Stunden hinaus und ist bei fortgesetztem Gebrauche cumulirend.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. R. Kobert. Arbeiten des pharmakologischen Institutes zu Dorpat. Verlag von F. Enke, Stuttgart 1891.

I. N. Kruskal: Ueber einige Saponinsubstanzen.

Nachdem schon R. Kobert durch seine Untersuchungen über Quillajasaponin bewiesen hatte, dass dieses kein einheitlicher Körper und dass sein pharmakologischer Werth durchaus abhängig ist von der Darstellungsmethode, weist Verf. durch eine vergleichende chemisch-pharmakologische Untersuchung der Saponine dreier Drogen (Rad. Saponar. alb., Sapindus Saponaria L. und Chamaelirium luteum) nach, dass die Saponine verschiedener Drogen weder chemisch, noch physiologisch identisch sind und dass ein Handelssaponin nur dann einen Werth hat, wenn neben dem Namen der Droge auch die Darstellungsmethode kurz angegeben wird, da einige Methoden fast ganz unwirksame Präparate liefern. — Die Wirkung vom Blut aus ist quantitativ eine sehr verschiedene. Levant.-Sapotoxin ist sehr stark giftig, Sapindus-Sapotoxin weniger und Chamaelirin fast ungiftig. Vom Darm aus werden sie äusserst schwierig resorbirt und hierauf beruht die pharmakotherapeutische Anwendung ihrer Decocte (auch das der Quillaja und Senega). Die glykosidspaltenden Bakterien des Darms entgiften die Sapotoxine sehr rasch, indem sie dieselben in Sapogenin und Zucker spalten. Alle drei sind Protoplasmagifte, die auch Blutkörperchen theilweise lösen. Das überlebende Herz wird zuerst gereizt und dann gelähmt. Die Erniedrigung des Blutdrucks tritt erst kurz vor dem Tode ein.

Durch alle drei werden die Gefässe der Niere erweitert und auffallend ist es, dass hierbei das Chamaelirin am stärksten und das levantische Sapotoxin am schwächsten wirkt.

II. N. Kruskal: Ueber Agrostemma Githago L.

Die Samen dieser, als Getreideunkraut häufigen Pflanze, enthalten ebenfalls ein giftiges Sapotoxin, welches aber auch vom Darm aus resorbirt werden kann und in Folge von Verunreinigung des Mehles mit Kornradesamen nicht selten Gegenstand einer forensischen Untersuchung ist. Die Centrumpartie der Samen ist ganz ungiftig und enthält eine Menge Nährstoffe. Der Herausgeber ist der Ansicht, dass wenn den Müllern durch ein Gesetz ein Schrotverfahren aufgenöthigt wird, welches nicht allein die schwarze Schale, sondern auch die vom giftigen Embryo gebildete Randpartie nach Möglichkeit ablöst, ein Kornradehaltiges Mehl ohne Nachtheil für die Gesundheit zu Speisen verarbeitet werden kann. Kresling.

A. Baginsky: Arbeiten aus dem Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhause in Berlin. Festschrift Rudolf Virchow gewidmet. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. 1891.

Eine Fülle von Arbeiten liegt uns in dieser Festschrift vor; sie sind alle entstanden und ausgeführt im neuen Kinderspitale zu Berlin und beweisen die rastlose Thätigkeit der Directoren Baginsky und Gluck, sowie der Assistenten. Zunächst finden wir eine ausführliche Beschreibung des neuen Hospitals, der Einrichtungen zur Isolirung und Verhütung der Uebertragung von Infectionskrankheiten. Dann schildert Baginsky interessante Beobachtungen aus der medicinischen Abtheilung und Gluck aus der chirurgischen Abtheilung. Von grossem Werthe sind ferner die Erfahrungen, welche in dem Isolirpavillon für Diphtherie gemacht wurden. Es kommt jedes der Diphtherie verdächtige Kind zunächst in ein Isolirungszimmer. In diesem Zimmer verbleiben die neu aufgenommenen Kranken so lange, bis der bakteriologische Culturversuch Aufschluss über die Anwesenheit des Diphtheriebacillus verschafft hat. Kinder, bei welchen dieser Mikroorganismus nicht aufgefunden ist, werden möglichst schleunigst in dem Isolirungszimmer des Diphtheriepavillons entlassen, während diejenigen, welche Diphtheriebacillen bergen, auf die eigentliche Diphtherieabtheilung verlegt werden. Nur auf diese Weise ist man, wie Baginsky richtig bemerkt, im Stande, klare Verhältnisse in der Behandlung der Diphtheriekranken zu schaffen, denn die pseudodiphtheritischen Pharynxaffectionen heilen bei der einfachsten Behandlungsmethode.

Treffliche Arbeiten finden sich ferner in dieser Festschrift von Arnheim: über anatomische Untersuchungen der diphtheritischen Lähmungen, von Aronson: über die Anwendung der colloidalen Thonerde zur Filtration bakterienhaltiger Flüssigkeiten und von Ullmann aus der poliklinischen Abtheilung des Hospitals: Beobachtungen über Keuchhusten. — Auf das Wärmste empfehlen wir den Kinderärzten diese Festschrift, sie wird gewiss Vielen recht willkommen sein.

Abelmann.

Klinisches Jahrbuch, unter Mitwirkung von Professor Skrzeczka und Dr. Schönfeld herausgegeben von Professor Guttstadt. Dritter Band. Berlin, Verlag von Julius Springer 1891.

Ebenso wie die beiden ersten, enthält auch der vorliegende dritte Band des klinischen Jahrbuches eine Fülle lesenswerther Abhandlungen und ausgezeichnet angeordneten Materials. Die Abhandlungen sind folgende:

1. Salvatore Tomasi und das Aufleben der Arzneiwissenschaft in Italien von Moleschott.
2. Die Entwickelung der deutschen Geburtshilfe aus der Hebammenkunst von Freund.
3. Der klinische Unterricht und praktische Ausbildung der Aerzte von Prof. Ziemssen.

4. Die Krankenabsonderung in Frauenkliniken von Prof. Fritsch.
5. Rede, gehalten zur Einweihung der psychiatrischen und Nervenklinik zu Halle a. S. von Prof. Hitzig.
6. Ueber den medicinischen Unterricht in Schweden von Prof. Axel Key.
7. Ueber die Ausbildung der Aerzte in Belgien von Prof. Nuel.
8. Ueber die ärztliche Ausbildung in den Vereinigten Staaten von Nord-Amerika von Prof. Jacobi.

Es folgen dann Baubeschreibungen, darunter solche des neuen Instituts für Infectionskrankheiten in Berlin, der medicinischen Neubauten in Göttingen, neues Operationsgebäude in Würzburg und Berlin etc.

Sodann kommen Verwaltungsnachrichten und eine sehr ausführliche Morbiditäts- und Unterrichtsstatistik der preussischen Universitäten für das Jahr 1889 90.

Unter den «verschiedenen Nachrichten» sind Nekrologe für Richard von Volkmann und Julius Jacobson zu nennen.

Amtliche Bekanntmachungen machen den Schluss des luxuriös ausgestatteten Buches. Wanach.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat vom Jahre 1891.

Sitzung am 4. September 1891.

1. Herr Meyer berichtet über eine Reise, die er nach Stockholm unternommen, um die Massage-Behandlung Thure-Brandt's aus eigener Anschauung kennen zu lernen. Nach Schilderung des Eindrucks, den die gewaltige Persönlichkeit auf Vortragenden gemacht, skizzirt letzterer in kurzen Zügen den Entwickelungsgang des genialen Begründers der gynaekologischen Massage-Behandlung. 1847 hatte Brandt einen Prolapsus recti durch Hebung der Flexur unter sanfter Schüttelung geheilt. 1861, am 10. August, begann er die Behandlung eines Uterusprolapses, die, von glänzendem Erfolge gekrönt, bald von weiteren Curen gefolgt war. Die Uterushebung wurde nun bei vielen anderen Krankheiten versucht, die Massage in die Therapie eingeführt, und mit der sich mehr und mehr ausbildenden Untersuchungstechnik schritt der mit rastloser Energie, ausserordentlichem Scharfsinn und meisterhafter Dexterität ausgestattete Mann in der Behandlung der mannigfaltigsten Frauenleiden von Erfolg zu Erfolg, so dass Brandt nach 20jähriger Arbeit den ungläubig dreinschauenden Gynaekologen ein vollkommenes System einer gymnastischen Massage-Therapie der Frauenkrankheiten vorlegen konnte. 1886 hielt Brandt, der im eigenen Vaterlande mit wenigen Ausnahmen blos Widerspruch gefunden, sich einige Monate in Jena auf, wo er B. S. Schultze von der Wahrheit seiner Erfolge überzeugen durfte. Seit dieser Zeit ist seine Methode bekannt. — Bei der imponirenden Persönlichkeit Brandt's ist es verständlich, dass seine Erfolge hinsichtlich Beseitigung subjectiver Beschwerden vielfach auf Suggestion zurückzuführen sind. Das Gebet, welches er nach jeder Sitzung spricht, muss auf den kältesten Zuhörer einen in seiner kindlichen Einfalt erhebenden Eindruck machen. — In Scandinavien giebt es gegenwärtig blos 6 ärztliche Vertreter der Methode, deren bekannteste Nissen und Lindblom sind. In den Krankenhäusern wird dieselbe je nach den Ansichten der maassgebenden Aerzte geübt oder vernachlässigt. Die Mehrzahl der schwedischen Aerzte scheint sich indifferent zu verhalten. — Neben den von Brandt betonten gymnastischen Maassregeln und den Uterushebungen glaubt Vortragender das weitaus Wichtigste in der Massage zu sehen, welche ihre schönsten Triumphe bei den so oft verzweifelten chronischen Entzündungen des Peritoneums und der Parametrien im Verein mit den Dehnungen feiert. — Unter Mittheilung einiger besonders charakteristischer von ihm in Stockholm beobachteter Erfolge werden die zahlreichen Krankheitsformen genannt, die zweifellos dieser Behandlung zu unterziehen wären. Die Behandlung der chronischen Oophoritis wird als weniger bedeutungsvoll, die der Endometritis als zweifelhaft in ihren Erfolgen charakterisirt. Die Therapie der Amenorrhoe auf verschiedener Basis sowie der Chlorose verdient als Glanzpunct der durch gymnastische Maassregeln gewonnenen Resultate ernstliche Nachprüfung. Auf Nieren- wie Mastdarmhebung geht Vortragender nicht näher ein. — Mit dem Zugeständniss, dass die Ausübung der von Thure-Brandt angegebenen Methode nicht nur äusserst zeitraubend sei, sondern auch ungewöhnliche Anforderungen an die Geduld und Energie sowohl der Patienten als des Arztes stelle, schliesst Vortragender seine Mittheilung, indem er der Ueberzeugung Ausdruck giebt, dass diese segensreiche Therapie sicher bald in allen Centren der Civilisation ausgeübt werden wird.

Discussion: Obgleich Herr Kessler über eine nur geringe Erfahrung hinsichtlich der Thure-Brandt'schen Behandlungsmethode verfügt, so möchte er einem allzugrossen Enthusiasmus für dieselbe begegnen, namentlich nachdem er Gelegenheit hatte, im letzten Sommer einer Berliner Discussion beizuwohnen, in welcher besonders Duerssen eine mehr oppositionelle Stellung einnahm. Man schien allgemein darin einig zu sein, dass die Indicationen für die Methode nicht in dem Umfang, wie Thure-Brandt es wünscht, gestellt werden könnten, die para- und perimetritischen Exsudate, Adhaesionen und Schwarten kämen vor allen Dingen in Betracht, und wenn überhaupt so könne man erst in zweiter Linie von der Behandlung der Oophoritis und der Prolapse etwas erwarten, auch habe man in Deutschland sich gewisse Abänderungen und Modificationen in der Handhabung der Technik erlaubt und für gut befunden.

Herr Meyer führt zunächst die Misserfolge auf den plausiblen Umstand zurück, dass die Berliner Specialisten viel zu wenig Zeit haben, um streng nach den Principien Thure-Brandt's zu behandeln. Es ist ganz richtig, auch Thure-Brandt hat bei Oophoritis kaum eine fühlbare Verkleinerung des Organs erzielen können, aber jedes Mal subjectives Wohlbefinden, Linderung der Beschwerden. Aus siechen arbeitsunfähigen Frauen wurden blühende frische Wesen — das sind bedeutende Erfolge, allerdings nach 6 Monate langer mühsamer Arbeit, eine Zeit, die Duerssen gewiss nicht angewandt hat. Daher glaubt M. auch, dass sich die Thure-Brandt'sche Methode als Specialität aus der Gynaekologie mit der Zeit abtrennen wird, was in Wien schon geschehen ist, wo Dr. Kumpf mit 4 Masseusen nur in dieser Disciplin arbeitet. Was die Technik anlangt, so wird es einerlei sein, mit welcher Hand und mit welchen Fingern massirt wird, das Princip wird sich immer gleich bleiben, die Hauptsache sei «Zeit, sehr viel Zeit und Geschick».

Herr Kessler glaubt Duerssen als gewissenhaften vorurtheilsfreien Kliniker bezeichnen zu müssen. Er habe auch nur angeführt, dass man in Berlin die Indicationen entschieden eingeschränkt wissen will, auch sei es ja Thatsache, dass die blutige Behandlung dort bevorzugt und mehr geübt werde. K. hat gleichfalls Erfolge nach der Thure-Brandt'schen Behandlungsmethode gehabt, aber es sei ihm nicht klar, warum dieser Erfolg eingetreten sei, es fehle die Ratio. Thure-Brandt selbst und seine begeistertsten Anhänger geben keine genügende Erklärung. Die Bedeutung des sogenannten «Turgors», die durch die Massage bewirkte Hyperaemie und Anaemie der bindegewebigen Adnexa des Uterus sei zur Erklärung der Fixation dieses Organs nach der Liftung nicht genügend erklärt.

Herr Meyer befürwortet die hypothetische Auffassung, dass die physiologische Elasticität durch Dehnung gekräftigt wird, durch temporäre Anaemie ein secundärer Turgor hervorgerufen werde, so dass eine wesentliche Kräftigung den Muskeln des Beckenausgangs zufalle.

Auf eine Anfrage des Herrn Zoege, ob Sectionen vorlägen, wo nach Thure-Brandt vorher behandelt worden sei, erwidert M., dass ihm solches nicht bekannt sei, wohl aber seien Zeichnungen vor und nach der erfolgreichen Behandlung in Jena von Prof. Schultze angefertigt worden.

Herr Zoege glaubt, dass eine stricte Theorie zur Erklärung der Massage noch nicht möglich sei; durch gewaltsame Sprengung von Adhaesionen werde das Gewebe zerrissen; durch Dehnung der Adhaesionen entständen Ligamente; Fascien könne man nicht durch Dehnung verkürzen. Auch Wandernieren können zurückmassirt werden, seiner Meinung nach auf die Art, dass durch die gewaltsame Massage der peritoneale Ueberzug multiple Querrisse erleide, wodurch nach der Heilung derselben in der Längsachse ein Resultat erzielt werde, welches man als Autoplastik bezeichnen könnte. Der Vergleich mit den Muskeln passe nicht; dagegen glaube er wohl, dass die vasomotorische Reizung als Heilfactor von Bedeutung sei.

Herr Kessler meint, dass die Bedeutung des intraabdominellen Drucks im Allgemeinen unterschätzt werde, welche muthmaasslich bei dem Effect der Uterusliftung eine hervorragende Rolle zu spielen im Stande sei.

Herr Meyer betont, dass der vorher reponirte Uterus vor Ausführung der Liftung trotz der Einwirkung des intraabdominellen Drucks nicht in der normalen Lage bleiben könne, wenn nicht die Liftung hinzukommt.

2. Herr Zoege spricht über den für Dorpat nothwendigen Ersatz des vor einiger Zeit verzogenen einzig brauchbaren Masseurs. Die Gesellschaft wendet sich mit der Bitte an ihn, einen womöglich auch mit der schwedischen Heilgymnastik vertrauten Masseur zur Uebersiedelung nach Dorpat veranlassen zu wollen.

3. Ferner wird der Beschluss gefasst, die Mitglieder des livl. Aerztetages für's nächste Jahr nach Dorpat einzuladen und zwar mit schriftlicher Eingabe an das Präsidium desselben.

4. Es wird bestimmt, den städtischen Collegen die jedesmalige Tagesordnung durch gedruckte Karten bekannt zu machen, den Landärzten im Dorpatschen Kreise semesterlich 1 Mal die Sitzungstage ohne nähere Angabe der Tagesordnung in der Zeitung zu publiciren.

z. Z. Secretär: Dr. Robert Koch.

Protokolle
der Sitzungen des III. livländischen Aerztetages in Walk.

III. Sitzung. 10. September 1891, Morgens 9 Uhr.

(Schluss).

3. Herr V. v. Holst (Riga): «Die therapeutische Verwerthung der Hypnose». Vortragender will in erster Reihe die Frage beantworten: Wie soll sich der praktische Arzt zu dieser Behandlungsmethode verhalten? Hierzu sei es nöthig sich über folgende Punkte: «1) Welche Gefahren schliesst die Hypnose in sich im Allgemeinen und im concreten Falle? 2) Welchen curativen Werth haben die durch die Hypnose erzielten Erfolge? 3) Können wir nicht dieselben Erfolge auch ohne Hypnose auf einem anderen Wege erreichen?»

Die erste Frage: welche Gefahren für den Patienten schliesst die Hypnose in sich?» wird von denjenigen Collegen, die die Hypnose in umfangreichem Maasse benutzen, einfach dahin beantwortet: von einem gewissenhaften Arzte ausgeübt — gar keine. Sie stützen sich dabei theils auf die theoretischen Erwägungen, welche die Hypnose als einen dem normalen Schlafe durchaus analogen Zustand ansehen, theils auf die praktischen Erfahrungen, dass sie bei vielen hypnotischen Sitzungen niemals eine unmittelbar schädliche Folge beobachtet haben.

«Dieser Auffassung kann ich nicht ganz beipflichten, wenn ich auch zugeben muss, dass in vielen Fällen von einer schädlichen Wirkung garnicht die Rede sein kann. Möglich ist aber eine solche doch und gehört, wenn man nicht die Fälle sehr vorsichtig sichtet nicht zu den grossen Ausnahmen». Die Hypnose sei nicht ein Analogon des normalen Schlafes und häufige Wiederholung von Hypnose bleibe sehr oft nicht ohne schädliche Folgen. Vortragender hat schwere Hysterien zu beobachten Gelegenheit gehabt, die ihre Entstehung nur in leichtsinnigen hypnotischen Experimenten hatten. Aehnlich könne eine zu therapeutischen Zwecken angewandte Hypnose wirken bei vorhandener Disposition.

Der curative Effect der Hypnose basire auf der Suggestivtherapie in der Hypnose. Erfolge lassen sich nur beziehen auf Symptome functioneller Natur, resp. auf Complicationen functioneller Natur. Das Grundleiden könne durch Hypnose nicht beeinflusst werden. Der curative Werth sei demnach ein relativ geringer. Eine schwere Hysterie oder dgl. könne durch Hypnose nicht geheilt werden, wenn auch dieses oder jenes Symptom vorübergehend oder bleibend zum Schwinden gebracht werden kann.

Die dritte Frage: «Können wir nicht denselben Erfolg auch ohne Hypnose auf einem anderen Wege erreichen?» müsse bejaht werden und zwar sei dieser andere Weg die «Suggestivtherapie» ohne Hypnose, welche zwar nicht so überraschende aber bleibendere und radicalere Erfolge aufweise. — Die Berechtigung der Hypnose für einzelne Fälle solle hierdurch aber durchaus nicht bestritten werden.

Zum Schluss fasst Vortragender seine Ansichten über die Verwendbarkeit der Hypnose in folgende Thesen zusammen:

1. Die Benutzung der Hypnose zu therapeutischen Zwecken ist wissenschaftlich durchaus berechtigt; sie muss aber mit grosser Vorsicht gehandhabt werden, denn sie kann unter Umständen auch schlimme Folgen haben.
2. Die Verwendung der Hypnose zu therapeutischen Zwecken darf immer nur eine beschränkte sein nach wohlüberlegter strenger Indication.
3. Namentlich ist sie zu vermeiden, wo man die Möglichkeit hat, auch auf einem anderen Wege dasselbe Ziel zu erreichen. Hierbei ist besonders die Suggestivwirkung ohne Hypnose zu berücksichtigen.
4. Bei der therapeutischen Verwendung der Hypnose soll man sich dessen bewusst sein, dass es sich dabei immer um eine symptomatische Behandlung handelt, nie aber um eine radicale.
5. Die Hauptindication für die Methode bildet darum auch die vorwiegende oder alleinige Bedeutung eines Symptomes in einem Krankheitsbilde, vorausgesetzt, dass nicht ein der Hypnose nicht zugängliches ursächliches Moment dieses einen Symptomes nachweisbar ist. Bei den zeitweilig eine wesentliche Rolle spielenden einzelnen Symptomen der Hysterie hat die oft leicht zu erzielende Fortschaffung desselben durch die Hypnose keinen Werth, weil die Hysterie eben dieselbe bleibt.
6. Je leichter der hypnotische Zustand hervorzurufen ist, um so vorsichtiger muss man sein, denn die Möglichkeit der schädlichen Folgen steht im geraden Verhältniss zur Leichtigkeit der Hypnotisirbarkeit. Darum sind häufige Wiederholungen der Hypnose, da mit denselben die Hypnotisirbarkeit zunimmt, besonders zu vermeiden.
7. Nervöse Constitution, hereditäre Belastung, ohne schon gerade ausgesprochene Neurose scheint mir eine Contraindication gegen die Anwendung der Hypnose zu bieten, weil durch die letztere die allgemeine Neurose, namentlich die Hysterie zum Ausbruch kommen kann.
8. Schon vorhandene Hysterie dagegen bietet keine Contraindication, weil die zu befürchtenden schädlichen Folgen schon ausgebildet vorhanden sind und eine Verschlimmerung derselben im Allgemeinen nicht zu befürchten ist. Dagegen bietet aber wieder die vorhandene Hysterie keine Aussichten für eine bleibende Wirkung der angewandten Hypnose».

Discussion:

Herr Dehio (Rothenberg): Ob die Hypnose nur bei functionellen Störungen Erfolge erzielen kann, muss dahingestellt werden im Hinblick auf die bekannte experimentelle Erzeugung von Blasen, Blutungen etc. in der Hypnose. — In Bezug auf die therapeutische Anwendung bedarf es einer grossen Erfahrung, um alle schädlichen Folgen mit Sicherheit zu vermeiden; ebenso ist eine genaue Kenntniss des Seelenlebens des Kranken erforderlich, daher die Hypnose im Sprechzimmer des Praktikers sich nicht einbürgern wird; endlich gehört eine besondere psychische Constitution des Hypnotisirenden selbst zum Erfolge. Dieses letztere Moment wurde im Beginn von Bernheim zu wenig gewürdigt, wird aber von Forel betont.

Herr Ed. Schwarz (Riga) spricht gegen die Behauptung, dass die curative Bedeutung gleich Null und führt als Beweis die Erfolge bei conträrer Sexualempfindung an.

Herr v. Holst hebt hiergegen hervor, dass diese gerade als vorwiegendes und einziges Symptom die hypnotische Behandlung indicire; dass es sich bei dieser aber doch gerade um eine functionelle Störung reinster Art handelt und darum die curative Bedeutung der Methode durch dieses Beispiel nicht bewiesen ist, weil die Ursache der functionellen Störung nicht gehoben werde. Herrn Dehio könne er nur beistimmen, wenn derselbe behauptet, dass die Persönlichkeit des Hypnotiseurs eine sehr grosse Rolle spiele. Hierauf seien auch die sehr auseinandergehenden Angaben der Autoren über den Procentsatz der Hypnotisirbarkeit zurückzuführen, indem gewisse Persönlichkeiten, die so zu sagen schon von einem hypnotischen Nimbus umgeben seien, schon durch ihre Persönlichkeit allein die Suggestion, hypnotisch beeinflusst zu werden, hervorrufen. Dass zu diesem Zwecke von einzelnen Aerzten noch allerlei äussere Hilfsmittel mitbenutzt werden, halte er für unwürdig eines Arztes.

Herr Unverricht (Dorpat): Ich möchte meine grosse Befriedigung über die von nüchterner klinischer Beobachtung zeugenden Auseinandersetzungen des Herren Collegen Holst aussprechen. Hoffentlich nehmen die Herren die Ueberzeugung mit, dass es besser ist, wenn der praktische Arzt die Hypnose garnicht anwendet. Wenn, wie gelegentlich in den Zeitungen behauptet worden ist, schwere Epileptiker durch die Hypnose geheilt worden sein sollen, so liegt in diesen Angaben, wenn sie von Aerzten ausgegangen sind, ein Abgrund klinischer Vermessenheit.

Herr v. Holst (Riga) dankt Herrn Unverricht für die Anerkennung seiner Anschauungen. Er sieht die Schlussfolgerung: «die praktischen Aerzte sollten ihre Hände fern halten von der Hypnose» nur als ein weiteres Resumé seines ganzen Vortrages an, zudem auch er ein grosses Gewicht darauf lege, dass die Hypnose praktisch benutzt werde nur von Personen, die sich lange eingehend und gewissenhaft mit dem Studium dieser Frage beschäftigt haben.

Herr Dehio spricht dafür, geeignete Fälle lieber zu Specialisten in dieser Heilmethode zu senden.

Herr Meyer (Dorpat) meint, dass die Hypnose bei strenger Auswahl der Fälle und Beobachtung aller Vorsichtsmaassregeln nicht als so gefährlich bezeichnet werden könne, dass der praktische Arzt völlig auf dieses wichtige Heilmittel verzichten sollte. Er habe den von ihm Hypnotisirten nie geschadet, weil er sich nie an Hysterische gewagt habe.

Herr v. Holst. Diese Sicherheit, nicht geschadet zu haben, kann täuschen, weil die Schädigung nie unmittelbar zu beobachten ist, sondern sich immer erst nach mehr oder weniger langer Zeit herausstellt. Hysterische zu hypnotisiren halte er nicht für besonders gewagt, weil bei ihnen die als Folge der Hypnose zu befürchtende Neurose bereits ausgebildet ist. Dagegen scheinen ihm nervös disponirte belastete Individuen vielmehr der Gefahr ausgesetzt zu sein, dass man ihnen durch die Hypnose schaden kann, weil bei ihnen durch die Hypnose die Hysterie zum Ausbruch kommen kann.

Der Vorsitzende schliesst die Debatte mit dem Bemerken, dass die Hypnose jedenfalls ein zweischneidiges Schwert sei, dessen Handhabung ganz besondere Geschicklichkeit, Vorsicht und Erfahrung bedürfe.

4. Herr F. Behse (Pernau): «Aus der gerichtsärztlichen Praxis». Aus den letzten 5 Jahren sind mir 3 Fälle erinnerlich, bei denen die Frage an mich herantrat, ob der gelegentlich der forensischen Leichenöffnung in den Athmungs-

organen gefundene Speisebrei mit dem Tode der betreffenden Personen in Zusammenhang zu bringen sei oder nicht; denn bekanntlich kann ja auch nach dem Tode in der Leiche Speisebrei in die Luftwege gelangen.

Wie unterscheidet man nun, ob der Speisebrei durch die Athmung aspirirt worden oder ob wir den Befund als Leichenerscheinung aufzufassen haben.

Die gebräuchlichen Handbücher geben hierüber keine differenzialdiagnostischen Momente an, wir können uns jedoch die Sache etwa folgendermaassen vorstellen: Erfolgt der Eintritt des Speisebreies in die Luftwege durch Aspiration erbrochener Massen während des Lebens, so wird derselbe wohl meist die Luftwege bis tief in die Lungen hinein anfüllen, besonders in den Fällen, wo der Tod durch Erstickung darauf zu beziehen ist. Im anderen Falle können die treibenden Kräfte nur sein: äusserer Druck auf den Bauch oder Gasdruck vom Darm aus und die Schwere des Speisebreies, der ihn in die Lunge hinabfliessen lässt. Hierbei kommt es sehr wesentlich auf die Lage der Leiche und die Consistenz des Speisebreies an. Bei horizontaler Lage der Leiche auf der Vorderfläche des Körpers kann z. B. von einem tieferen Herabfliessen kaum die Rede sein. Finden wir jedoch unter solchen Umständen Speisebrei auch nur in den tieferen Theilen der Trachea oder den primären grossen Bronchien, so werden wir Aspiration durch Athembewegungen annehmen müssen. Das Gleiche gilt von der Seitenlage der Leiche, überhaupt von allen Lagen, bei denen sich der Kehlkopf tiefer befindet als die peripheren Theile des Bronchialbaumes.

Viel leichter wird in der Leiche der Eintritt des Speisebreies in die Luftwege erfolgen, wenn die Leiche auf ihrer Vorderfläche mit stark erhöhtem Oberkörper und Kopf sich befindet, besonders wenn der Cadaver in dieser Stellung bewegt, getragen, gerüttelt, gefahren worden. Aber in keinem Falle werden die secundaren Bronchien der Lungen sämmtlich mit Speisebrei gefüllt werden können, denn ein Theil derselben wird immer höher liegen, als andere dem Kehlkopf näher gelegene Partien des Bronchialbaumes, die daher früher total gefüllt werden müssten. Ist aber einmal ein Theil der Luftrohre ganz gefüllt, so hört das weitere Einfliessen von Speisebrei in die Lungen auf.

Treffen wir Speisebrei in sämmtlichen secundären Bronchien oder sind gar Luftröhrenäste dritter Ordnung in allen Lungenlappen gefüllt, so müssen wir Aspiration als Ursache bezeichnen und bei einigermaassen horizontaler Rückenlage werden wir schon die vollständige Füllung der primären grossen Bronchien so deuten müssen.

Aus dem Gesagten ergiebt sich, dass wir bei gehöriger Berücksichtigung der Lage der Leiche, der Consistenz des Speisebreies und der Tiefe, bis zu welcher derselbe in die Luftwege eingedrungen ist, wohl fast immer zu einer Entscheidung der Frage kommen werden, ob wir eine Leichenerscheinung vor uns haben, wenn wir Speisebrei in den Luftwegen vorfinden, oder ob wir diesen Befund auf einen vitalen Act, Aspiration durch Athmung beziehen müssen.

Gesetzt nun, dass wir in einem gegebenen Falle uns mit Berücksichtigung aller dieser Verhältnisse überzeugt haben, dass Aspiration des Speisebreies in die Luftwege vorliegt, so folgt daraus selbstverständlich noch nicht, dass die Todesursache darin liegt. Erstickung durch den Speisebrei werden wir nur dann annehmen dürfen, wenn keine andere Todesursache zu entdecken ist, wenn der Speisebrei ziemlich consistent ist und die Bronchien bis tief in die Lungen hinein anfüllt, und auch dann ist zu bedenken, dass diese Erstickungsart nur möglich ist, wenn Bewusstlosigkeit mit tiefer Herabsetzung der Reflexerregbarkeit vorliegt, etwa durch einen schweren Rausch, oder durch Gehirncommotion etc., oder wenn das Erbrechen mechanisch, etwa durch Druck auf Mund und Nase gehindert worden ist.

Zur Illustration des vorstehend Gesagten führt Vortragender 3 Fälle aus seiner gerichtsärztlichen Praxis an. In dem ersten handelte es sich um Tod durch Ersticken in Folge Aspiration von Milch in die Luftwege. Diese war einem schwer betrunkenen, bewusstlos daliegenden Manne als Gegengift eingeflösst worden. Der zweite Fall betraf eine Frau, welche gestürzt war, eine Commotio cerebri erlitten hatte, während der Bewusstlosigkeit erbrochen und Speisebrei aspirirt hatte. In dem dritten Falle musste der Befund von Speisebrei in den obereren Luftwegen als Leichenerscheinung gedeutet werden.

Discussion:

Herr Körber (Dorpat): «Prof. Liman's Versuche mit künstlichem Morast, in welchem die Leichen vergraben wurden, ergaben dasselbe Resultat: Je durchsichtiger die eingedrungenen Massen, je grösser ihre Menge und je weiter in die feineren Verzweigungen der Bronchien dieselben vorgedrungen waren, desto sicherer liess sich eine bei Lebzeiten stattgehabte Aspiration annehmen.

Herr Behse habe zwei Momente, auf die Liman bei seinen Versuchen aufmerksam macht, nicht berücksichtigt: Die Annahme der Aspiration bei Lebzeiten wird um so wahrscheinlicher, je frischer die Leiche. Zweitens müsse die Möglichkeit einer postmortalen Aspiration bei Druck und Nachlass derselben auf den Thorax unter Wasser, eine Bedingung an die beim Herausziehen von Leichen aus einer Flüssigkeit gedacht werden kann, zugegeben werden.

Punkt 5 der Tagesordnung: Vortrag «Forensisches» des Herrn F. Schultz (Riga) konnte nicht erledigt werden, da Vortragender verhindert war am Aerztetage theilzunehmen.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Zu den zahlreichen Behandlungsmethoden der Tuberculose kommt jetzt eine neue hinzu, es ist die von Nadaud empfohlene subcutane Injection von Aristol (1:100 Mandelöl). Das Mittel wirke antiseptisch und sei bei Lungeninfiltration sehr wirksam. Nur wo Cavernen bereits bestanden, erwies sich das Mittel als nutzlos.

(Allg. med. C.-Ztg. Nr. 77).

— In Fällen von Erysipel der Extremitäten und des Rumpfes wandte Rose in New-York das permanente heisse Bad mit dem besten Erfolge an. Nach Ablauf von 24 Stunden schwanden die Schmerzen und das Fieber und die definitive Heilung zeigte sich stets bereits nach einigen Tagen.

(Deutsche med. Wochschr. Nr. 34).

Vermischtes.

— Verabschiedet auf eigenes Ansuchen: der Arzt des hiesigen Patriotischen Instituts und der St. Petersburger Elisabeth-Mädchenschule, wirkl. Staatsrath Dr. E. Lindes.

— Verstorben: 1) In Simferopol der ehemalige Accoucheur der taurischen Medicinalverwaltung, Dr. M. I. Kaschkadamow, im Alter von 88 Jahren. Der Hingeschiedene, welcher im Findelhause erzogen worden und im J. 1826 den Arztgrad an der Moskauer Universität erlangte, hat sein ganzes während der langen Praxis erworbenes Vermögen (mehr als 100,000 Rbl.) dem Fremdenhospiz in Simferopol, dessen Curator er seit 1859 war, vermacht. 2) In Mohilew der Director der dortigen Central-Feldscherschule, wirkl. Staatsrath W. S. Snigirew. 3) In Grjasowez (Gouv. Wologda) der Landschaftsarzt Leo Wolk, 28 Jahre alt, welcher sich am 31. December a. pr. erschossen hat. Der Verstorbene hatte sich während seiner zweijährigen Praxis die allgemeine Liebe der Bevölkerung erworben. 4) Am 3. Februar n. St. in London der bekannte Londoner Laryngolog, Dr. Sir Morell Mackenzie an den Folgen der Influenza. Es war im Mai 1887, als sein Name in weiteren Kreisen bekannt wurde durch seine Berufung nach Berlin zur Consultation bei dem damaligen deutschen Kronprinzen Friedrich, dessen Weiterbehandlung er bekanntlich unter gänzlichem Ausschluss der deutschen Aerzte übernahm. Die unglückselige Rolle, welche M. im weiteren Verlaufe der verhängnissvollen Krankheit Kaiser Friedrich's gespielt hat, ist seiner Zeit auch in unserer Wochenschrift hinreichend gewürdigt worden und wohl noch in Aller Erinnerung. Was den äusseren Lebensgang Sir Morell's anbelangt, so war er am 7. Juli 1837 in der Grafschaft Essex geboren und hatte seine medicinische Ausbildung am Londoner Medical College erhalten, worauf er sich in Paris, Wien, Pest weiter ausbildete. In das Studium der Kehlkopfkrankheiten wurde er durch den Begründer der Laryngologie Prof. Czermak eingeführt. Nach London zurückgekehrt, gründete er i. J. 1863 daselbst das Hospital für Hals- und Kehlkopfkrankheiten, welches einen Weltruf erlangt hat. Im selben Jahre erhielt er einen Preis vom Royal College of Surgeons für eine Arbeit über Kehlkopfkrankheiten und galt bald in England als der bedeutendste Specialist für Hals- und Kehlkopfkrankheiten. Der Verstorbene ist auch vielfach schriftstellerisch thätig gewesen. Er schrieb unter Anderem Abhandlungen über die Pathologie und Behandlung der Kehlkopfkrankheiten, über den Gebrauch des Kehlkopfspiegels, über Hygiene der Stimmorgane. Sein Hauptwerk ist sein «Lehrbuch der Krankheiten des Halses und der Nase», welches von dem bekannten deutschen Laryngologen Dr. Felix Semon in London in's Deutsche übersetzt ist. Seine letzte bekannt gewordene Veröffentlichung war seine recht misslungene Entgegnungsschrift auf die Denkschrift der deutschen Aerzte über die Krankheit Kaiser Friedrich's. 5) Am 5. Februar n. St. der Präsident des «Wiener medicinischen Doctorencollegiums», Hofrath Dr. R. v. Schmerling, Leibarzt des Erzherzogs Albrecht, im 82. Lebensjahre. Trotz seines hohen Alters nahm der Verblichene bis vor Kurzem noch lebhaften Antheil am ärztlichen Vereinsleben. 6) In Budapest der Professor der Chirurgie und Leiter der II. chirurg. Klinik daselbst, Dr. Alex. Lumniczer im 72. Lebensjahre. Von seinen einst zahlreichen Arbeiten verdienen jene hervorgehoben zu werden, welche die Pathologie und Terapie der Harnröhrenstricturen, sowie der Gelenkverletzungen behandeln.

— Wie die Zeitung «Kawkas» mittheilt, ist in Batum einer der Actionäre der reichen Gesellschaft angekommen, welche die Badeeinrichtungen in Spaa unterhält. Die Gesellschaft soll

die Absicht haben, gute Badeanstalten in Batum einzurichten und dieselben bereits im Sommer dieses Jahres zu eröffnen.

— Auf Ansuchen der Moskauer Universität ist vom Verweser des Marineministeriums der Schiffsarzt Dr. N. Ssljunin aus Kronstadt, welcher durch die Sammlungen, welche er von seiner Reise als Marinearzt mitgebracht hat, als tüchtiger Zoolog bekannt ist, nach Ostsibirien abcommandirt worden, um Studien über die Fauna und die Fischindustrie am ostsibirischen Meeresstrande anzustellen.

— In Odessa herrscht gegenwärtig eine Typhusepidemie. Laut telegraphischer Meldung befanden sich am 22. Januar im Odessaer Stadtkrankenhause 552 und im hebräischen Krankenhause 150 Typhuskranke.

— In den von der Hungersnoth heimgesuchten östlichen Gouvernements Russlands, namentlich im Kasanschen Gouvernement, breitet sich der Typhus immer weiter aus, obschon bereits zahlreiche mit dem medicinischen Personal, Arzneien, Mitteln zur Beköstigung der Kranken u. s. w. ausgestattete Sanitätsabtheilungen dort ihre Thätigkeit eröffnet haben. Auch in der Stadt Kasan selbst muss der Typhus schon recht arg grassiren, da in dem Gouvernementslandschaftshospital allein schon zu Ende des verflossenen Jahres 270 Typhuskranke sich befanden. Dadurch erklärt sich auch der eigenthümliche Antrag des dortigen Sanitäts-Comités, einen Cordon um die Stadt zur Abwehr der Verschleppung des Typhus durch einwandernde Bauern zu errichten. Ungeachtet des Protestes einiger Stadtverordneten und der Aerzte, die auf das Nutzlose von Quarantäne-Maassregeln hinweisen, hat die Duma am 24. Januar diesen Comité-Antrag angenommen und für einen Monat 195 Rbl. angewiesen, um 5 Wachtposten versuchsweise einzurichten.

— Die Verwaltung der Orel-Gräsi-Eisenbahn hat sich bereit erklärt, der Familie des Liwny'schen Kreisarztes Awilow, welcher bei der Eisenbahn-Katastrophe an der Optucha umkam, 35,000 Rbl. Entschädigung zu zahlen. Die Familie verlangt aber 40,000 Rbl.

— In St. Petersburg ist die Kaufmannsfrau Grusdewa und ihr Commis Smirnow vom Friedensrichter zu einer Arreststrafe von 2 Wochen für den Verkauf von Kapor'schem Thee verurtheilt worden.

— Aus den durch Aufhebung der Lehrämter für Tanz-, Schwimm-, Reit- und Fechtkunst an der Dorpater Universität frei werdenden 2400 Rbl. sind 500 Rbl. jährlich für das gerichtsärztliche Institut bei der genannten Universität bewilligt worden.

— Nach dem Jahresbericht der Moskauer Universität pro 1891 belief sich die Gesammtzahl der Studirenden an derselben am 1. Januar 1892 auf 3396, von denen 1096 Medicin studiren. Ausserdem gab es noch 246 pharmaceutische Zuhörer. Es gelangten auf dem Jahresactus 2 goldene und 3 silberne Medaillen für die Lösung der Preisaufgaben zur Vertheilung. Die Würde des Doctors der Medicin wurde im verflossenen Jahre 12 Personen verliehen.

— An der Universität Charkow betrug die Zahl der Hörer am 1. Januar d. J. 1010, die Zahl der Lehrkräfte 101. Den Cursus absolvirten im vorigen Jahre 193 Studenten, darunter 112 Mediciner.

— Die Universität Kiew zählte am 1. Januar d. J. 2110 Studirende, darunter 942 Mediciner. Ausserdem besuchten 54 Personen die pharmaceutischen Vorlesungen. Von den 79 Studirenden, welche sich im vorigen Jahre der Prüfung auf den Grad eines Arztes unterzogen, haben nur 7 die Prüfung nicht bestanden.

— Nachdem die Einführung der neuen Taxa laborum, wie bekannt, bereits angeordnet, wird jetzt beim Medicinalrath auch die Taxe für Arzneimittel, Gefässe etc. durchberathen und ist somit wohl binnen kurzer Zeit eine ganz neue Apothekertaxe zu erwarten. Behufs Verringerung der jetzt bestehenden Arzneipreise werden, wie verlautet, von der Specialcommission zur Prüfung der Apothekertaxe eine fabrikmässige Darstellung einiger pharmaceutischer, sogen. galenischer Präparate, sowie einige Erleichterungen und Vereinfachungen in der Einrichtung der Apotheken selbst projectirt. Der Oberarzt der St. Petersburger Polizei ist als Glied dieser Commission vor ca. einem Monat in's Ausland abcommandirt worden, um dort die allgemeinen Bedingungen zur fabrikmässigen Herstellung galenischer Präparate zu studiren.

— Die Influenza hat den Lebensversicherungs-Gesellschaften in den letzten Jahren recht erhebliche Verluste gebracht, wie solche bisher durch keine andere Infectionskrankheit, selbst die Cholera nicht, verursacht worden sind. Vor Allem waren es die russischen Lebensversicherungsgesellschaften, bei denen die grössere Mortalität sich bemerkbar machte, als die Influenza-Epidemie, vom fernen Osten her beginnend, im Jahre 1889 zuerst Russland heimsuchte. Erst später, als die Influenza ihren Zug von hier weiter nach Westen fortsetzte, wurden auch die Lebensversicherungs-Gesellschaften anderer Länder in Mitleidenschaft gezogen. Diese grössere Sterblichkeit wurde, wie auch das Material der Vesicherungsgesellschaften es beweist, namentlich durch die Complicationen und Nachkrankheiten bewirkt, an denen die Influenza reicher als jede andere acute Infectionskrankheit ist und die nur zu oft eine viel grössere Bedeutung hatten, als die ursprüngliche Erkrankung.

Interessant sind die Mittheilungen, welche der ärztliche Rathgeber der Gresham Lebensversicherungs-Gesellschaft in London, Dr. Smee, in der letzten ausserordentlichen Generalversammlung dieser Gesellschaft über die starke Vermehrung der Todesfälle durch die Influenza gemacht hat. Die Gesellschaft habe 52,700 Pfd. Sterling gezahlt für Todesfälle, welche direct durch die Influenza hervorgerufen worden seien. Die Influenza habe somit der Gesellschaft in zwei Jahren $2^1/_2$ mal so grosse Verluste verursacht, als die Cholera in 48 Jahren. Letztere werde den Schlechtgenährten und Leichtfertigen gefährlich, erstere den Gutgenährten und den mit dem Kopfe Arbeitenden. Er glaube, dass die Influenza während der letzten drei Monate mehr Personen vernichtet habe, als die Cholera in den letzten 50 Jahren. Nach dem Bericht des statistischen Büreaus kommen auf 100 Todesfälle an Influenza 14% im Alter bis 20 Jahren, 25% zwischen 20—40 Jahren, 36% zwischen 40—60 Jahren und 25% auf das Alter von mehr als 60 Jahren. Die Influenza sei also am gefährlichsten für Leute in den mittleren Jahren, für Frauen weniger als für Männer. Was die Nachwirkungen der Influenza anbetrifft, so glaubt Dr. Smee, dass dieselben bei Personen unter 40 Jahren nicht schlimm wären, aber bei Personen zwischen 40 und 65 eine Verkürzung der Lebensdauer von 15 bis 20% hervorbringen. Der tödtliche Zusammenbruch, welcher so häufig der Influenza folge, sei eine bemerkenswerthe Erscheinung der Krankheit und er habe deshalb bei neuen oder Erneuerung abgelaufener Versicherungen solche Personen, welche die Influenza gehabt hatten, um 6 Monate zurückgestellt.

Dr. Smee hält es geradezu für eine nationale Schmach, dass man in England nicht einige Tausende von Pfunden habe ausgeben wollen, um die Krankheit in den biologischen Laboratorien studiren zu können.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 26. Januar d. J. 6376 (72 mehr als in der Vorwoche), darunter 539 Typhus — (26 mehr), 600 Syphilis — (19 mehr), 70 Scharlach — (4 mehr), 16 Diphtherie — (4 weniger), 92 Masern — (5 mehr) und 11 Pockenkranke (1 mehr).

Vacanz.

Von der Ardatow'schen Landschaft (im Gouv. Simbirsk) wird ein Arzt für einen med. Bezirk dieses Kreises gesucht. Gehalt 1200 Rbl. jährlich bei freien Amtsfahrten. Die Meldung geschieht unter Beifügung der Documente bei der «Ардатовская Уѣздная Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 19. Januar bis 25. Januar 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
310	241	551	105	33	78	13	6	12	63	48	43	44	56	40	10	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 9, Febris recurrens 5, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 12, Scharlach 12, Diphtherie 8, Croup 2, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 25, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 94, Tuberculose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 32, Marasmus senilis 29, Krankheiten des Verdauungscanals 54, Todtgeborene 33.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 4. Februar.

Tagesordnung: W. Beckmann: Ueber Uterusruptur.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 10. Februar.

Дозв. ценз. Спб. 31 Января 1892 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Wienecke, Katherinenhofer-Pr. № 15.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 6 St. Petersburg, 8. (20.) Februar **1892**

Casuistischer Beitrag zur Frage des localen Meteorismus bei Darmocclusion.

Von

Dr. C. v. Samson

in Walk.

Bekanntlich hat weil. Prof. v. Wahl die Beobachtung zum Gesetz erhoben, dass bei Strangulation und Axendrehung die vom Hinderniss betroffene Darmschlinge durch Circulationsstörung und faulige Zersetzung ihres Inhaltes eine rapide Gasauftreibung und abnorme Fixation innerhalb der Bauchhöhle erleidet. Dadurch wird solch eine stärker geblähte, resistentere und unbewegliche Darmschlinge, welche ihre Contractionsfähigkeit einbüsst und keine Peristaltik aufweist, bei der Adspection durch Asymmetrien in der Form des Unterleibes und bei sorgfältiger Palpation durch eine deutlich vermehrte Resistenz kenntlich. Daraufhin verlangt Prof. v. Wahl, die Laparotomie solle in solchen Fällen nicht mehr zum Zweck der Orientirung vorgenommen werden, sondern den Chirurgen wie bei der Herniotomie direct auf den schon vorher erkannten Sitz des Hindernisses leiten und ihm die frühzeitige Beseitigung desselben ermöglichen.

Obwohl Zoege v. Manteuffel auf den Congressen für innere Medicin und für Chirurgie lebhaften Widerspruch erfuhr, als er diese Lehre vertrat, wurden doch in der Folge mehrfach Fälle aus Deutschland bekannt, in denen es gelungen ist nach v. Wahl's Vorschrift die Diagnose zu stellen und die Patienten durch frühzeitige zielbewusste Laparotomie am Leben zu erhalten. Die Arbeit Zoege v. Manteuffel's (Langenb. Arch. Bd. XLI Heft 3), welche viele derartige Fälle aus der Dorpater chir. Klinik beschreibt, enthält folgendes diagnostisches Schema:

I. Strangulationsileus.

Pathologische Veränderung:	Klinisches Symptom:
1) Localisirter Meteorismus, Blähung der strangulirten Schlinge;	1) a. Asymmetrien am Abdomen: b. localisirte Resistenz.
2) Ischämische Darmlähmung der strangulirten Schlinge.	2) Vollkommene Ruhe der der Bauchwand anliegenden Schlinge, keinerlei Peristaltik.

In diese Kategorie sind zu zählen:
1) Volvulus, Knotenbildung, Axendrehung um die Mesenterialaxe,
2) Abschnürung durch Bänder und Darmdivertikel,
3) Incarceration in präformirte Oeffnungen,
4) Invagination.

II. Obturationsileus.

Pathologischer Befund:	Klinisches Symptom:
1) Meteorismus, bedingt durch Stauung oberhalb des Hindernisses.	1) Nachweisbare Asymmetrie, palpable Resistenz bei O. des Dickdarmes. Bei O. des Dünndarmes diffuse Auftreibung.
2) a. Keine erhebliche Circulationsstörung. b. Hypertrophie der Darmmuskulatur oberhalb des Hindernisses bei chronischen Formen des Dickdarmes.	2) a. Peristaltik sicht- od. fühlbar. b. Peristaltik sehr lebhaft.

Zu dieser Gruppe gehören:
1) Stricturen,
2) Drehung um die Darmaxe,
3) Obstructionen durch Neubildungen und Fremdkörper.
4) Compression durch Tumoren von aussen etc.

In seiner Inaugural-Dissertation «Ein experimenteller Beitrag zur Frage des localen Meteorismus bei Darmocclusion» (Ref. Centralbl. für Chir. 1891) hat B. Kader experimentell die Entstehungsbedingungen des localen Meteorismus studirt und seine Abhängigkeit von der Circulationsstörung in mannigfach modificirten Experimenten erwiesen. Damit hat er die auf klinische Beobachtung gestützte Vermuthung v. Wahl's vollauf bestätigt, so dass er seine Arbeit mit den Worten v. Wahl's schliessen kann.

Durchmustern wir nun die Strangulationsfälle Zoege v. Manteuffel's, so finden wir zunächst 3 Fälle von Volvulus der Flexur, welche intra vitam vollständig erkannt wurden, sowohl was Art als Sitz des Hindernisses anlangt. Eine Knotenbildung des Ileum wurde wegen Abwesenheit der Peristaltik und wegen der Re-

sistenz etc. als zur Gruppe der Strangulation gehörig erkannt, doch konnte Art und Sitz des Hindernisses nur vermuthet werden. Da grössere Wassermassen per rectum eingegossen werden konnten, lag das Hinderniss nicht im Dickdarm. Auch in den nächsten 3 Fällen (Volvulus des ganzen Dünndarms) wurde aus der Abwesenheit der Peristaltik, aus dem localisirten Meteorismus und der Asymmetrie des Abdomens auf Strangulation geschlossen.

Nach dem Schema Zoege v. Manteuffel's dürfte es wohl in den meisten Fällen gelingen Strangulation von Obturation zu trennen; dass es aber unter Umständen in diagnostischer Hinsicht im Stiche lassen kann, zeigt der folgende Fall:

Am 20. Sept. kam das Weib des Andres Predit in meine Sprechstunde und bat um Medicin für ihren Mann, der seit 2 Tagen an Durchfall, Erbrechen und heftigen Leibschmerzen leide. Weil damals sporadische Ruhrfälle beobachtet wurden, gab ich der Frau Ricinus und Calomel-Magisterium-Opiumpulver unter der Bedingung mit, dass sie den Kranken zur Stadt bringe, falls bis morgen keine deutliche Besserung eingetreten sein werde.

Tags darauf kam der Kranke, obwohl er behauptete, es gehe ihm viel besser. Das Erbrechen und die Durchfalle hatten aufgehört, er klagte nur noch über Appetitlosigkeit und zeitweilig auftretenden Leibschmerz besonders in der Nabel- und rechten Inguinalgegend, sowie über Aufstossen und Rückenschmerz. Am wenigsten Schmerz verspürte er in hockender Stellung. Starken Durst hatte er nicht. Die Krankheit hatte plötzlich beim Heben einer schweren Last eingesetzt. Früher waren ähnliche Erkrankungen nicht vorgekommen.

Status 21. Sept. 52 a. n. mager doch kräftig, Gesichtszüge nicht verfallen, nur wenig leidend. Doppelseitige sehr grosse Hydrocele. P. ca. 80, T. nicht fieberhaft. Uebelriechende aber nicht charakteristisch fäculente Ructus. Seit gestern weder Stuhl noch Flatus. Bei sorgfältigster Adspection keine Asymmetrie des Abdomens zu entdecken, die Palpation (ohne Narkose) ergiebt keine vermehrte Resistenzen. Das Abdomen ist gleichmässig schwach gespannt. Keine Peristaltik. Urinsecretion ungestört, unbedeutender Bronchialkatarrh.

Pat. wird ins Hospital geschickt, Ordin: Opium, Morph. subcut., Eingiessungen, Eisbeutel. Der 4.—6. Krankheitstag vergeht unter häufigen hohen Eingiessungen, welche zuerst gar nichts, späterhin spärliche Kothbröckel zu Tage befördern Das Rohr geht hoch hinauf. Trotzdem Patient viel Wasser trinkt, erbricht er nicht, sondern hat nur häufige Ructus von der beschriebenen Beschaffenheit. Seine Hauptsorge ist die, dass er keinen Appetit hat und weder Stuhl noch Flatus entleert. Die Gesichtszüge verändern sich nicht wesentlich. T° und Puls unverändert.

6. Tag. Das Abdomen wird merklich aufgetrieben, aber immer noch treten weder Asymmetrien noch Resistenzen auf. Die Coecalgegend ist Vormittags etwas härter und heller tympanitisch, am Nachmittag nicht mehr. Die Schmerzen nehmen zu an Intensität und Dauer. Jeder operative Eingriff wird entschieden zurückgewiesen.

Bis zum 10. Tage nahm der Meteorismus beständig zu, ohne dass sich auch in dieser Zeit Asymmetrien oder vermehrte Resistenzen gezeigt hätten; das Abdomen, völlig todt, schwoll gleichmässig an. Am 8. Tage konnte undeutlich ein Exsudat nachgewiesen werden, welches bis zum 10. Krankheitstage Nabelhöhe erreichte. Zwerchfell hochgedrängt, hohe Athemnoth und starke Schmerzen. P. 100 T° nicht erhöht, Respiration beschleunigt, keine Facies Hippocratica. Plötzlich tritt Collaps ein und Patient stirbt mit den Erscheinungen der Perforation.

Die Section ergab Volvulus des ganzen Jejunoileum um seine mesenteriale Axe in der Weise, dass das Ileum nach rechts aufwärts und dann unter das gedrehte Mesenterium gerathen war; die Radix mesenterii war also von rechts unten nach links oben zusammengedreht und stellte eine Schraube dar, deren Gänge durch frische Fibrinauflagerungen fast ausgeglichen waren. Peritoneum in dieser Gegend getrübt. Das Coecum stand ungewöhnlich hoch und medial, ungefähr in der Höhe des III Ldw.: die Radix mesenterii folglich sehr kurz und steil gestellt. Zahlreiche alte Narben zogen vom unteren Ende desselben gegen das Mesosigmoideum hin. Dickdarm contrahirt, enthält wenige Skybala. Magen und Duodenum mässig gefüllt mit bräunlicher Flüssigkeit.

Wenn man sich die gewöhnliche schräge Lage der langen Radix mesenterii vorstellt, so scheint es verständlich, dass der Dünndarm gewöhnlich keinen Volvulus bildet, denn der fixirte Anfangs- und Endtheil sind weit von einander entfernt und liegen wegen der schrägen Lage der Radix nicht in einer fast verticalen Linie, wie in unserem Fall, dessen anatomische Verhältnisse zur Volvulusbildung sehr geeignet erscheinen. Es fragt sich nur, welche Momente erst jetzt die Katastrophe herbeiführten. Dass Patient keinen physiologischen Volvulus des Dünndarms besass, scheinen die frischen Auflagerungen zu beweisen. Die anatomische Disposition, d. h. Hochstand des Coecum, hat er von jeher gehabt, genoss von Kindheit an dieselbe Kost und verrichtete immer dieselben Arbeiten. Auch hier glaube ich annehmen zu müssen, dass es Narben waren, welche die ohnehin gefährliche Beschaffenheit seines Mesenterium noch ungünstiger gestalteten; durch Schrumpfung haben sie das untere Ende der Radix vielleicht noch mehr nach links gezogen, sie noch steiler gestellt als sie schon vorher war, bis endlich die Mesenterialplatte umschlug und der Volvulus bei einer Gelegenheit eintrat, die ihn vorher noch nicht herbeizuführen vermocht hatte.

Der vorliegende Fall bietet zwar manches vom gewöhnlichen Verlauf Abweichende: lange dauerndes relatives Wohlbefinden, Abwesenheit von Erbrechen bei hohem Sitz des Verschlusses und reichlichem Trinken, spätes Auftreten von bedeutenderem Meteorismus; ich möchte aber nur das, was sich auf den localen Meteorismus bezieht, berühren.

Bei der Untersuchung des Patienten war niemals die geringste Andeutung von Peristaltik wahrzunehmen; hierdurch wurde der Verdacht auf Strangulations- oder dynamischen Ileus gelenkt. Für solch einen fand ich keinen Grund, ich konnte mir nicht denken, weswegen der ganze Darm gänzlich unthätig geworden sein sollte. Da bei Strangulation ausser fehlender Peristaltik Asymmetrien und vermehrte Resistenzen beobachtet werden sollen, fahndete ich täglich auf solche und fand am 6. Tage die Coecalgegend resistenter. Es wird aber von der bei Strangulation geblähten Schlinge verlangt, dass sie in der Bauchhöhle fixirt und beständig sei: die Coecalgegend war aber schon nach wenigen Stunden von der Beschaffenheit des übrigen Abdomen in keiner Hinsicht verschieden.

In allen Fällen Zoege von Manteuffels, bei denen Volvulus des ganzen Dünndarms vorlag, wurde von aussen localisirter Meteorismus nachgewiesen; aber während das Wahl'sche Gesetz besagt, die vom Hinderniss betroffene Schlinge sei gebläht und lasse sich als solche nachweisen, wurde in den Zoege v. Manteuffel'schen Fällen ein verhältnissmässig kleines Stück Darm als besonders stark gebläht nachgewiesen und auf Grund dieses Befundes die Diagnose gemacht.

Trotzdem entspricht mein Fall vollkommen dem Wahlschen Gesetz, wiewohl er ihm auf den ersten Anblick zu widersprechen scheint: der ganze Dünndarm ist incarcerirt, das ganze Abdomen ist gleichmässig aufgetrieben und zeigt keine Peristaltik.

Auf Grund der Fälle 5, 6 u. 7 von Zoege-Manteuffel und meines soeben mitgetheilten Falles schliesse ich, dass bei der Diagnose auf Strangulation das Hauptgewicht auf die fehlende Peristaltik, nicht auf die Asymmetrie des Abdomens und localisirte vermehrte Resistenzen einzelner Schlingen gelegt werden sollte. In meinem Fall war ja auch localer Meteorismus vorhanden; die Localität war aber der ganze Dünndarm und deswegen kam keine Asymmetrie zu Stande.

Deswegen erlaube ich mir, Herrn Dr. Zoege von Manteuffel den Vorschlag zu machen, das Verhalten der Peristaltik auch in seinem Schema mehr hervorzuheben, indem er es an die erste Stelle setzt, und bei der Asymmetrie und der vermehrten Resistenz anzudeuten, dass diese letzteren nicht immer vorhanden zu sein brauchen. Das Schema wäre dann folgendes:

I. Strangulationsileus.

Klinisches Symptom:

1) Vollkommene Ruhe der der Bauchwand anliegenden Schlinge, keinerlei Peristaltik.

2) In den meisten Fällen a) Asymmetrien am Abdomen,
b) localisirte Resistenz.

Referate.

H. Bircher (Aarau): Eine operative Behandlung der Magenerweiterung. Corr. Bl. f. Schw. Aerzte Nr. 23.

Für die Fälle von bedeutender Magendilatation, welche grosse Beschwerden machen und der gewöhnlichen Behandlung nicht zugänglich sind, ohne durch Pylorusstenose bedingt zu sein, proponirt B. eine operative Verkleinerung der Magenhöhle ohne Eröffnung derselben. Ein 3—4 Fingerbreiten vom Pylorus entfernter Punct der grossen Curvatur wird an den entsprechenden der kleinen mit einer nur Serosa und Muscularis durchsetzenden Naht vereinigt, desgleichen ein äusserst links unweit des Netzansatzes gelegenes in der Nähe der Cardia links von derselben befestigt; dann wird eine lange gebogene Kornzange hinter diese Nähte geführt und mit ihm die ganze zwischen den Nähten liegende Linie der Magenwand als Falte gegen die Höhle eingedrückt und weiter die grosse Curvatur in der Nähe der kleinen durch eine Reihe von Seidennäthen fixirt. Mithin hängt die ganze vordere Magenwand als Duplicatur wie ein Vorhang ins Magenlumen hinein und das letztere bleibt um fast die Hälfte verkleinert. 4 Zeichnungen illustriren den Effect dieses originellen Eingriffs; die untere Hälfte der hinteren Magenwand wird zur vorderen und ist vom grossen Netz bedeckt, dessen Ansatz in die Nähe der kleinen Curvatur und der Cardia verlegt ist. Bei 3 Pat. ist die Operation von B. mit Erfolg ausgeführt worden.

1. H. S. 46 j. Knecht, starker Biertrinker, leidet seit 5 Jahren an Schmerz im Magen mit Rückenstichen, Appetitlosigkeit, Erbrechen etc., ist arbeitsunfähig. 26. Mai 1890 Eintritt ins Cantonspital. Nach Ausspülungen, Diät, Massage bedeutende Besserung. Im Januar Entlassung und gleich Wiederkehr der Symptome. Desgleichen im Frühling 1891. Weitere Behandlung bis 21. Juli ebenso fruchtlos. 28. Juli Operation. Bauchschnitt parallel dem linken Rippenrand. 30 Magennähte. An der kleinen Curvatur gegen die Rückwand und den Pylorus hin eine verdächtige harte Stelle entdeckt, aber nicht entfernt, weil die Einwilligung des Pat. fehlte. Am 10. Tage p. op. verliess Pat. das Bett, arbeitete schon am 12. (! Ref.) und trank am 21. 2½ Liter Bier ungestraft. Nach der Entlassung am 32. Tage ganz gesund und beschäftigt sich als Erdarbeiter 3 Monate lang am Spitalneubau. Darauf nach vielfachem Abusus cerevisiae wieder die alten Symptome. Am 19. Oct. wieder Laparotomie behufs Exstirpation des praesumirten Tumors, welcher sich als alte mit Pancreas und Leber verbackene Narbenmasse erwies. Bei der Operation starke Blutung und Gallenerguss aus dem Magen. Tod am 2. Tage im Collaps. Sowohl bei der Autopsie in vivo als in mortue zeigte sich der Magen nicht dilatirt, Magennaht fest bindegewebig verwachsen. Die Falte fast so gross und dick wie bei der Operation, ihre Schleimhaut unverändert, Serosablätter nur leicht verklebt.

2. St., Fabrikarbeiterin 60 j. früher hysterisch, seit 15 Jahren Magenbeschwerden, bis zur Arbeitsunfähigkeit. Behandlung erfolglos. Bei der am 11. Aug. 1891 vorgenommenen Operation erwies sich die Magendilatation hauptsächlich durch Vergrösserung der Längsaxe bedingt. Darum Faltenbildung unten in querer Richtung, also Verkürzung der grossen Curvatur. Ende October ganz gesund entlassen.

3. M. F. 43 j. Fabrikarbeiter. Seit 22 Jahren Magenbeschwerden, vor 13 J. blutige Stühle. 2 Jahre arbeitsunfähig. Vom Dec. 89 bis Aug. 91 fruchtlose Behandlung, mehrere Magenblutungen. Operation 24. Aug. wie beim ersten Pat. Die Symptome der Dilatation schwanden, es blieb nur chron. Magendarmkatarrh. Carlsbader Cur. Heilung. Selenkow.

Doc. Rich. Paltauf: Fliegenstich; Tod durch Pyämie nach 48 Stunden. (Wiener klin. Wochenschrift. 1891. Nr. 35).

Dass Fliegen Krankheitskeime weiter verbreiten können, ist sicher; abgesehen von den Partikeln von Faeces, Sputum, Eiter etc., die an ihnen haften bleiben und die sie so weiter verbreiten, nehmen sie auch solche Substanzen auf und entleeren sie mit ihren Excrementen. In Anbetracht der Seltenheit der zur Obduction gelangten Fälle von Pyämie und Fliegenstich und insbesondere wegen der Rapidität des Verlaufes hält Verf. sich für verpflichtet, einen derartigen Fall zu veröffentlichen. Frau S. B. war am 3. Juli Abends im Prater gewesen und dort am rechten Augenlid von einer Fliege gestochen worden. Am 4. Juli erwachte sie mit Schwellung der rechten Schläfegegend, Röthe und Schmerzhaftigkeit der Haut. Gegen Abend stellten sich ausser hohem Fieber Gehirnsymptome ein. Diese Erscheinungen dauerten am 5. Juli an, am Abend trat Collaps ein und am Morgen des 6. Juli erfolgte der Tod nach zweitägigem Krankenlager. Die am nächsten Tage vorgenommene Obduction erwies unzweifelhaft, dass die Infection von der Haut des rechten oberen Augenlides ausgegangen war, an welche sich wie die Glieder einer Kette die weiteren Veränderungen anschliessen. Die Thrombophlebitis der oberflächlichen und tiefen Venen des Plexus temporalis mit einem hochgradigen, entzündlichen Oedem des Zellgewebes; Fortleitung der Thrombophlebitis durch die anastomosirenden Venen des Schädelinnern, auf die Venen der Dura und den cavernösen Blutleiter; Einschwemmung der mürben Thrombenmassen in die Lungen, welche zahlreiche Infarcte und beginnende Abscesse mit fibrinös-eitriger Pleuritis, ausser der Allgemeininfection des Blutes, zur Folge hatte. Im Eiter der phlebitischen Abscesse im Schläfemuskel, im Safte der Lungeninfarcte und beginnenden Abscesse und im Milzsafte ergab die Cultur auf Agar-Agar Staphylococcus aureus in Ueberzahl, daneben auch Staphylococcus albus. Die gewonnenen Culturen erwiesen sich als sehr virulent: zwei Kaninchen, denen eine halbe Spritze einer trüben Emulsion intravenös injicirt war, verendeten am 2. Tage. Hess.

Prof. Pick (Prag): Ueber die Anwendung eintrockenender Linimente (Linimenta exsiccantia) bei der Behandlung von Hautkrankheiten. (Vorläufige Mittheilung. Separatabdruck a. d. Prager Medic. Wochenschrift 21. 1891).

Die bisherigen eintrocknenden Linimente hatten verschiedene Uebelstände, die ihre principiell sehr brauchbare Anwendung etwas unbequem machten. Vor allem war der Uebelstand vorhanden, dass die mit Gelatine verfertigten Linimente vor jeder Anwendung erwärmt werden mussten und auch dann nur bei grösserer Uebung regelrecht aufgestrichen werden konnten. Dadurch war in vielen Fällen ein inniges Incontactbringen des Medicaments mit der kranken Haut in der gewünschten Weise nicht möglich. P. hat nun in dem Bassorin eine Substanz erkannt, welcher diese Uebelstände nicht anhaften. Die in Betracht kommende Drogue ist der Gummi Tragacanth, der aus 60 pCt. unlöslicher Pectinsubstanz, 8—10 pCt. löslichem Gummi und 2—3 pCt. Stärke und Cellulose besteht.

Die Mengenverhältnisse sind folgende:

Gummi Tragacanth	5,0
Glycerin	2,0
Aq. dist.	100,0

Dazu kann das betreffende Medicament in beliebiger Menge hinzugesetzt werden, und zwar können lösliche sowohl als unlösliche zur Anwendung kommen. Auch ölige Präparate, z. B. Ol. fagi, cadini, Rusci, Ichthyol, Styrax, Perubalsam ändern an der Consistenz nichts, ausser dass sie bei sehr hoher Dosirung die Eintrocknung etwas verzögern. Ebensowenig sind z. B. die unlöslichen: Chrysarobin, Zinkoxyd, weisses, rothes, gelbes Quecksilberpraecipitat, Jodoform, Jodol, Salicylsäure ausgeschlossen; sie geben dem Liniment Pastenconsistenz. Als fernere Vorzüge gelten die Umstände, dass die zusammengesetzten Linimente auch nach längerer Zeit keine Veränderung erfahren, wenn sie in geschlossenen dunklen Tiegeln aufbewahrt werden und bei energischer Localwirkung keine oder nur geringe Allgemeinerscheinungen hervorrufen. So hat P. z. B. bei universeller Psoriaris 5—10 pCt. Theerlinimente auf den gesammten Körper applicirt, ohne die geringsten Intoxicationserscheinungen wahrzunehmen. Aus den angeführten Gründen sei dieses neue Präparat den Collegen warm zur Nachprüfung empfohlen; wenn es das hält, was es verspricht, so würde es die Behandlung vieler Dermatosen bedeutend erleichtern und für Patienten und Arzt bequemer gestalten.

E. Kroug (Hungerburg-Narva).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

S. A. Marius Poulalion. Les pierres du poumon, de la plèvre et des bronches et la pseudo-phthisie pulmonaire d'origine calculeuse. Paris 1891 G. Steinheil, éditeur.

Ein im Hospital Necker beobachteter Fall von «steinigem Auswurf» bildete die Veranlassung zu dieser Arbeit. Es handelte sich um einen 40jährigen Alkoholiker ohne erbliche Anlage zur Phthise; im Alter von 18 Jahren hat er eine linkseitige Lungenentzündung durchgemacht, 6 Jahre später eine rechtseitige und 4 Jahre darauf erkrankte er an einer erneuten Entzündung, welche Husten und Auswurf zurückliess. Elf Monate vor seinem Tode trat er ins Hospital ein mit typischen Anfällen; dieselben begannen mit Dyspnoe, Hustenreiz und endeten mit der Expulsion von Steinchen verschiedener Grösse. Das Sputum war dabei immer frei von Tuberkelbacillen. Während der letzten 5 Monate seines Lebens stellten sich Appetitmangel, Kräfteverfall, zeitweilige kleine Blutungen und

ziemlich hohes Fieber ein. Die Section ergab eine frische Miliartuberkulose, interstitielle Lungenentzündung und kleine Cavernen in beiden Lungen. Im Lungenparenchym eine aussergewöhnlich grosse Zahl von Concretionen, aber keine Tuberkelbacillen. Auch fand sich nur eine Niere vor. Diese Beobachtung und das Studium anderer bereits bekannter Fälle führen Verf. zur Ansicht, dass es eine selbständige Krankheit gebe, die Pseudo-Phthisie pulmonaire d'origine calculeuse. Verf. geht in seiner Abhandlung besonders auf das Vorwiegen der petrificirenden Phthise in der Thierwelt ein und schildert eingehend die sogenannte pommelière der Kühe und Schafe. Zum Schlusse empfiehlt Poulalion durch eine vorwiegend vegetabilische Diät und durch Darreichung von löslichen Kalksalzen die Petrification der tuberculösen Herde beim Menschen zu erstreben.

Da gerade jetzt die Fragen nach dem Wesen und der Behandlung der chronischen Lungenkrankheiten auf der Tagesordnung stehen, so ist dieses Buch sehr zu empfehlen. Leider vermissen wir hier jeden Hinweis auf vorgenommene Cultur und Inoculationsversuche, — die Arbeit würde von noch grösserer Bedeutung gewesen sein. Abelmann.

Protokolle
der Sitzungen des III. livländischen Aerztetages in Walk.

IV. Sitzung. 10. September 1891, Nachmittags 3 Uhr.

1. R. Otto (Dorpat) «Ueber die Paracentese des Trommelfells».

Vortrgd. behandelt geflissentlich dieses an und für sich nicht neue Thema, um eine hier zu Lande noch überaus selten geübte Operation in ihrer ganzen, für den Verlauf der Otitis media acuta entscheidenden Bedeutung zu besprechen. — Wie ein jeder Abscess nach chirurgischen Principien eröffnet werde, so sei die Incision zur Entlastung der Paukenhöhle ebenso, wenn nicht dringender indicirt, zumal es sich hier um Vermeidung der ernstesten Gefahren für den Kranken handle.

Eine durchaus nicht schwierige und oft geradezu lebensrettende Operation dürfe unter keinen Umständen zum Monopol der Specialisten erhoben werden. Ein gewisser Grad otiatrischer Kenntnisse müsse von einem jeden Arzt verlangt werden: erst die sichere Diagnose einer Otitis media und die Technik der Paracentese werde vor diagnostischen Irrthümern am Krankenbett schützen, die oft darin bestehen, dass gewisse Symptome mit der Allgemeinerkrankung in Zusammenhang gebracht werden, die einzig und allein der begleitenden Ohrenaffection angehören; erst dann wird die grosse Zahl chronischer Ohrenkrankheiten gebührend eingeschränkt werden können.

Discussion:

Herr I. Müller (Schujenpahlen) erkundigt sich, ob Vortgd. bei der Operation Cocain zur Anästhesie verwende.

Herr Otto: Anfangs sei von ihm häufig Cocain verwandt worden. Mit der Zeit habe sich's indessen gezeigt, dass dem Mittel hier wenig Werth beizulegen sei, weshalb er es verlassen.

Herr v. Middendorff bestätigt die relative Schmerzlosigkeit der kleinen Operation; Red. sei selbst von Herrn Otto um die Anästhesie betrogen worden.

2. F. Voss (Riga). «Ueber adenoide Vegetationen».

Ein Zusammenhang zwischen Verlegung der Nasenathmung und Ohrenkrankheiten sei schon lange bekannt gewesen, als Wilhelm Meyer in Kopenhagen 1868 eine Arbeit veröffentlichte, welche von immenser Bedeutung für die Ohrenkrankheiten werden sollte. Es war dies die Erkenntniss und vollständige Beschreibung dessen, was wir nach ihm adenoide Vegetationen nennen. Diese Arbeit war eine so vollständige, dass wir auch jetzt noch sie jeder Beschreibung zu Grunde legen und im Laufe von über 20 Jahren nur im Stande gewesen sind, weniges ihr hinzuzufügen. Es folgten ihm 1875 Guye in Amsterdam, 1876 Michel in Köln, 1879 Solis Cohen in New-York und Löwenberg in Paris, alle bestätigend. Auf den Verhandlungen der otologischen Section der Brit. med. Assoc. in Glasgow 1888 konnte der Präsident Barr mit Recht sagen, mit Meyer, Guye und Löwenberg beginne eine neue Epoche der Ohrenheilkunde. — Schon 1842 hatte Mayer (Bonn) eine anatomische Beschreibung des Rachendaches gegeben, namentlich aber sind hier Tourtual (1846), Lacauchie (1853), Kölliker (1859) und Luschka (1868) zu nennen. Redner legt nun an der Hand eines Medianschnittes die anatomische Lage der sogenannten Tonsilla pharyngea klar und zeigt, wie Vergrösserungen derselben die Nasenathmung behindern, ja ganz aufheben können. Das Wichtigste sei jedoch nicht die mechanische Verlegung sondern der Umstand, dass die adenoiden Vegetationen oder die hypertrophische Rachentonsille die Ursache abgeben für die hartnäckigen, jahrelang dauernden Katarrhe des Nasenrachenraumes und von hier aus stets recidivirend auf die Nase und das Ohr übergingen. Erst die Beseitigung dieser Ursache schaffe Erfolg bei der Behandlung der von ihr abhängigen Folgezustände.

Unter den Symptomen könne man 2 Reihen auseinander halten: 1) diejenigen, welche auf der mechanischen Verlegung der Nasenathmung beruhen (Gesichtsausdruck bei offenem Munde und schmaler wenig bewegter Nase, von Meyer sog. todte Sprache. Unvermögen ordentlich oder überhaupt zu schnäuzen, Schnarchen, Fehlen oder Verminderung des Geruches, ja auch Hühnerbrust, Spitzbogenform des harten Gaumens, Enuresis) und 2) solche, welche durch die Katarrhe hervorgerufen würden (stetig recidivirender Schnupfen und Husten im Sommer und Winter, sogenannte leichte Erkältbarkeit, verschieden lang dauernde Herabsetzung des Hörvermögens bis zu fast völliger Taubheit, abwechselnd mit guter Function, Ohrenschmerzen, recidivirende Otorrhöen). In Ländern, wo, wie bei uns, den adenoiden Vegetationen bisher wenig Beachtung geschenkt worden, brächte meist erst die zunehmende Harthörigkeit die Pat. zum Arzte. In welchem Grade aber letztere mit den Wucherungen in Zusammenhang stände, bewiesen Aussprüche wie von Wolston (Edinburgh), welcher 75% der Schwerhörigkeit in England auf adenoide Wucherungen zurückführt (1888). Jedenfalls seien dieselben ausserordentlich häufig die Ursache sowohl der Tubenmittelohrkatarrhe als auch der Mittelohreiterungen mit allen Folgezuständen bei Kindern bis zu 15 Jahren. Sie seien ein Leiden der Kindheit, würden aber hier sehr häufig beobachtet. Wie häufig, darüber gäben folgende Zahlen Aufschluss: Meyer selbst fand in Kopenhagen unter 2000 Schulkindern 1%, doch waren dabei nur die, welche auffällige Symptome machten, untersucht worden. Später fand Schmiegelow unter 581 Kindern 107, darunter 28 Mal in höherem Grade. Ferner berichtet Schmiegelow, dass 84% dieser mit Ohrenleiden behaftet waren. Bronner in Bradford fand unter 250 Schulkindern 8%, und unter 152 mit Wucherung behafteten Kindern 85% mit Mittelohrleiden (1888). Derselbe fand bei Ohrenkranken unter 15 Jahren unter 198 Fällen 101 Mal Vegetationen. Bei 151 Vegetationen 125 Mal Symptome einer Mittelohraffection (1889). Walb (Bonn) giebt an, er operire jährlich 300 Mal. Kafemann (Königsberg): Unter 1100 Knaben 86 = 7,8% mit hypertrophischer Rachentonsille, unter 1102 Mädchen 117 = 10,6%, und in 74% der Hypertrophie bestände Schwerhörigkeit.

Während anfangs die Berichte betonten, nur im Norden und an der Seeküste seien die Wucherungen häufig und gross, mehrten sich jetzt die Publicationen, welche angeben, dass sie in allen Gegenden (z. B. Basel, welches doch unmöglich Seeklima besitzen könne) eine sehr häufige Erkrankung abgäben. Zu betonen, dass dies auch bei uns zu Lande der Fall, sei der Zweck dieses Vortrages gewesen, und wolle Redner diese Thatsache mit Demonstration einer grossen Anzahl von Präparaten beweisen, welche ganz bedeutende Dimensionen aufwiesen. Erst die Operation schaffe Klarheit, und bewahre so und soviele Kinder vor Schwerhörigkeit.

Discussion:

Auf die Frage des Herrn Kieseritzky (Dorpat), wie Vortrgd. die Vegetationen operire, antwortet Herr Voss: mit einer von vorn nach hinten schneidenden gefensterten Curette. Zangenförmige Instrumente, die viel mehr Schmerz verursachten, liebe Red. nicht. Die Schlinge, durch die Nase eingeführt, habe er nur einmal angewandt, weil ein anderer Weg nicht möglich gewesen.

3. E. Jaesche (Dorpat) demonstrirt «ophthalmoskopische Bilder einiger Netzhauterkrankungen».

Retinitis albuminurica.

Das rechte Auge einer seit längerer Zeit an Nierenaffection leidenden Frau, gegen 30 J. a. Die Netzhaut in weiterem Umkreise um die Papille aufgelockert, geschwollen, in derselben sehr zahlreiche, kleinere und grössere, ganz weisse Flecken, unregelmässiger Form. Die Blutgefässe, zumal die Venen, der Tiefe und der Breite nach geschlängelt und deshalb stellenweise durch das trübe Netzhautgewebe stark verdeckt, wohl auch ausgedehnt. Fettige Degeneration der Netzhautzellen, Wucherung des Stützgewebes, Durchsetzung mit Körnchenzellen.

Das Sehvermögen stark herabgesetzt.

Retinitis luetica.

Linkes Auge eines an Lues secund. leidenden, ca. 25j. Mannes. Die Netzhaut getrübt, aufgelockert, um die Sehnervenpapille eine ausgedehnte, mehr gleichmässig verbreitete nach der Peripherie zu unregelmässig begrenzte, weissliche Verfärbung. Die Netzhautgefässe der Breite und Tiefe nach geschlängelt, stellenweise durch das trübe Gewebe verdeckt. Fettige Degeneration von Ganglienzellen; Sklerosirung der Gefässe.

S: Finger werden auf einige Fuss hin gezählt.

Neuro-retinitis ex causa centrali.

Das rechte Auge einer an Gehirnaffection leidenden, gegen 47 J. a. Dame. Wahrscheinlich hat Entzündung der Hirnhäute stattgefunden (Pachymeningitis) und in Folge davon Neuroretinitis descendens. Die Sehnervenpapille nicht deutlich abgegrenzt, mit der umgebenden, weisslich getrübten Netzhaut

verschwommen. Die Netzhautgefässe der Tiefe und Breite nach geschlängelt, stellenweise durch die Trübung verdeckt.

Sehvermögen aufgehoben.

Apoplexia retinae Nr. 1.

Linkes Auge eines 77 Jahr a. Fräuleins, mit M-1/8 (5,0 D.) Vor einer Woche war ein Blutextravasat in der Gegend des gelben Fleckes der Netzhaut eingetreten. An dieser Stelle befindet sich ein über Papillengrösse ausgedehnter schwarzrother Fleck, unten von einem weissen Streifen umsäumt; zwischen ihm und der Papille ein ähnlich grosser, aber heller rother Fleck. Der ganze Augengrund stark verschleiert. Das Sehvermögen im Centrum des Gesichtsfeldes aufgehoben, in der Peripherie stark herabgesetzt.

Atrophia retinae circumscripta post sclerectasiam et apoplexiam retinae. Nr. II.

Dasselbe Auge nach Jahresfrist. Das Blutextravasat völlig resorbirt, an seiner Stelle eine umfangreiche, ganz weisse Fläche unregelmässiger Form, in der nur zwei ausgedehntere Anhäufungen schwarzen Pigmentes auffallen. Diese Fläche erscheint glänzend weiss, weil die Sclera blosgelegt ist in Folge von Schwund der Chorioidea und wohl auch der Netzhaut. Die früher bestandene Sclerectasie mit Conus hat sich mit der neu entstandenen Atrophie vereinigt.

Das Sehvermögen bis auf Handbewegungen herabgesetzt.

Ablatio retinae cum ruptura.

Rechtes Auge eines Weibes, bei dem nach überstandenem Typhus eine Netzhautablösung eingetreten ist. Die Netzhaut ist in vielen kleinen Falten abgehoben und mit einer Menge zerstreuter weisser, glänzender Punkte besetzt. Die Abhebung betrifft die ganze äussere Hälfte der Netzhaut bis nahe an die Papille und ganz nach aussen oben findet sich ein Riss in derselben, der länger erscheint, als der Durchmesser des Sehnervenquerschnittes und etwas weniger breit. Im Grunde des Risses sieht man die dunkelrothe Chorioidea, die auffällig absticht von der grau scheinenden Fläche der abgehobenen Haut.

Das Sehvermögen ist nur in der äusseren Hälfte des Gesichtsfeldes mangelhaft erhalten.

Discussion:

Herr Truhart (Fellin) knüpft an die vom Vortrgd. demonstrirte Retinitis albuminurica in vorgerücktem Stadium die Mittheilung über einen von ihm beobachteten Fall:

Red. beobachtete bei einem Nephritiker an den feinsten Verzweigungen der Retinalgefässe die kleinen weissen Flecke, die in der Literatur als signum pessimum hingestellt würden. Ebenso wie von ihm wurde auch von Dorpater Collegen die Prognose sehr ungünstig gestellt. Trotzdem lebe der Mann noch heute, nach 13 Jahren.

Herr Jaesche berichtet, gleichfalls Genesung und volle Wiederherstellung des Sehvermögens in einem Fall erlebt zu haben.

4. A. Eeck (Oberpahlen) «Die Behandlung des Trachoms»

Da das Trachom vielleicht mehr als 50% aller dem Landarzte zur Behandlung kommenden Augenaffectionen ausmache, erscheine es für diesen von Wichtigkeit, sich über Diagnose und Behandlung dieser Krankheitsform genügende Specialkenntnisse zu erwerben, namentlich aber sich diejenige Therapie zu eigen zu machen, die bei möglichst kurzer Behandlungsdauer vollständigen Erfolg garantire.

Die «Kupferbehandlung» sei als langwierig und unsicher nicht zu empfehlen. Das «β-Naphtol» wirke auf den Pannus garnicht und verursache durch Aetzung der Cornea zu grosse Schmerzen. Letztern Vorwurf müsse Red. auch dem von Frankreich her empfohlenen «Plumb. aceticum in 20% Glycerinlösung» machen, wie er es an den eignen Augen erfahren.

Besser bewähre sich das «Sublimat». Man mache täglich Pinselungen der Conjunctiva palpebrarum mit einer Lösung von 1: 500—300 nebst 2tägiger Irrigation des Auges mit 1:7000. Namentlich bei Kindern, bei denen chirurgisches Vorgehen unmöglich, empfehle sich diese Therapie. Der Behandlung mit «Borsäurepulver» mit «Creolin» 1—2% mit «rohem Petroleum» nach Trousseau gedenkt Vortrgd. in kurzen Worten. In letzter Zeit habe die medicamentöse Therapie der chirurgischen mehr und mehr weichen müssen. In Betracht kämen die folgenden Methoden: 1) die Schröder'sche Ausbürstung der Trachomkörner mit dem Drahtpinsel; 2) die Auslöffelung, von Sattler dahin modificirt, dass vor Anwendung des scharfen Löffels die einzelnen Follikel mit der Staarnadel geritzt werden; 3) die Quetschmethode — Ausquetschung der Granulationen zwischen den Fingernägeln; 4) die Excision — wegen zu starker Verkürzung des Bindehautsackes fast ganz verlassen. Endlich habe man versucht, mit dem Galvanokauter oder durch Elektrolyse die einzelnen Follikel zu zerstören.

Von diesen Methoden, die alle in kürzerer Zeit, bis zu 8 Tagen, zum Ziele führten, giebt Red. der «Ausquetschung» für den Landarzt den Vorzug, weil sie die am wenigsten angreifende, technisch am leichtesten zu beherrschende sei und mit einer Sitzung vollständigen Erfolg ergebe.

Die kleine Operation, die vorzugsweise bei chronischem Trachom im Stadium der Follikelbildung indicirt sei, wird in ihrer Technik vom Vortrgd. geschildert. Gelänge am untern Lide die Ausquetschung mit den Fingernägeln nicht, so nehme Red. eine Cilien-Pincette zu Hülfe, zwischen deren Branchen er die Schleimhaut durchquetsche. Auch letzterem Verfahren stelle der äussere Augenwinkel oft Schwierigkeiten in den Weg; in dem Falle seien die letzten Follikel mit dem Galvanokauter zu zerstören, der überhaupt da am Platz sei, wo es sich um wenige vereinzelte Follikel handle. — Die Schleimhaut erhole sich von diesem Eingriff in 48 Stunden schon so weit, dass man dann höchstens hier und da einen kleinen Blutaustritt, der auch bald schwinde, noch antreffe.

Am meisten eigne sich zu dieser Behandlung das «sulzige Trachom», aber auch, wo die Schleimhaut ein mehr schwieliges Aussehen hat, mache er von der Quetschmethode erfolgreichen Gebrauch. Ebenso sei sie am Platz bei den mit Blennorrhoe complicirten Fällen; Hyperaemie und Secretion liessen nach dem Eingriff überraschend schnell nach. Der Pannus schwinde meist nach Entfernung der Follikel spontan. In hartnäckigen Fällen wende Red. Massage mit Pagenstecherscher Salbe an. — Den Vorwurf der Begünstigung von Narbenbildung, der wohl den chirurgischen Methoden gemacht werde, weist Red. zurück. Selbst wenn sie einträten, wären sie an der Uebergangsfalte für die Lidstellung belanglos.

Discussion:

Herr v. Middendorff (Reval) kann sich dem Verdammungsurtheil des Vortrgd. über den Cuprumstift nicht anschliessen. In frischen Fällen verdiene die chirurgische Behandlung des Trachoms den Vorzug, allein in vorgeschrittenen Stadien, wo es nichts zu quetschen gebe, sei der Cuprumstift unentbehrlich und leiste vorzügliche Dienste namentlich dort, wo Cornealaffectionen im Vordergrund ständen.

Man scheue sich nicht den Stift anzuwenden bei bestehendem Reizzustande des Auges mit aufschiessendem Pannus oder Cornealgeschwür, wofern die Conjunctiven nur einen Angriffspunkt gewährten und das atrophische Narbenstadium noch nicht erreicht sei. Von den chirurgischen Methoden habe das Quetschen den Vorzug der sicheren Wirksamkeit und Einfachheit. Obgleich man mit den Fingernägeln oder der Cilienpincette wohl zum Ziel gelange, erscheine Red. doch noch geeigneter ein Instrument, das er in Petersburg habe anwenden sehen. (Vorgezeigt: Pincette mit über die Kante halbmondförmig gebogenen Branchen zu haben bei: Schaplygin-Petersburg, Grempler — Dorpat, Marggraf — Riga).

Red. schildert eingehend die Operation, bei der er sich ausserdem noch zum Fassen der Conjunctiva einer chirurgischen Hakenpincette bediene. Meist sei es nicht erforderlich, den ganzen Tarsus mitzuquetschen; Follikel an seiner Unterfläche liessen sich mit dem Schröder'schen Pinsel leicht zerstören. Das Verfahren hinterlasse keine makroskopischen Narben. Wo Narbenretraction eintrete sei sie durch zu späte Operation, zu vorgeschrittenes Leiden bedingt.

Herr Koppe (Pernau) tritt gleichfalls für den Kupferstift ein. Die Quetschmethode sei ihm nicht immer gelungen, in den Fällen habe er mit dem Messer scarificirt. Dem Sublimat gegenüber verhalte er sich abwartend.

Herr Eeck meint mit den Fingernägeln doch sicherer die Granulationen, namentlich von der obern Uebergangsfalte, entfernen zu können. Im Uebrigen betont Red., dass die chirurgische Behandlung der medicamentösen vorzuziehen sei, ohne zu leugnen, dass der Cuprumstift, der als Specificum gegen Trachom nicht zu betrachten, wohl in veralteten Fällen hin und wieder von Nutzen sei.

Herr Jaesche zieht für die Ausquetschung die Himly'sche Fensterzange vor. Die nachbleibenden einzelnen Follikel, namentlich in den Falten der Conjunctiva, entferne er mit der Scheere. Kinder bis 10 Jahren seien durchaus zur Operation zu chloroformiren.

Herr v. Middendorff: das Zurückbleiben einzelner Follikel werde durch Hervorheben der Uebergangsfalte mit der Hakenpincette sicher vermieden. Dass das Himly'sche Instrument dieselben Dienste leiste, wie das von ihm demonstrirte Instrument wolle Red. nicht bezweifeln. Bei Kindern rathe er ebenfalls, das Verfahren in Narkose auszuführen. Für die Schröder'sche Methode seien nicht, wie Herr Eeck annehme, wiederholte Sitzungen erforderlich; es sei sehr wohl möglich in einer Sitzung sämmtliche Follikel zu zerstören, nur sei die Technik eine schwierigere und die geursachten Schmerzen nicht gering.

Herr Truhart erwähnt, dass in Deutschland das Trachom wegen Infectiosität vom Militärdienst ausschliesse, bei uns merkwürdiger Weise nur vom Marine-Dienst. — Ob chirurgische oder medicamentöse Behandlung des Trachoms das Richtige sei, lasse sich nicht a priori entscheiden: es sei dabei die oft schwierige Differenzialdiagnose und das Stadium der Erkrankung von Wichtigkeit. Daher das verschiedene Urtheil über die therapeutischen Erfolge. Bei folliculärem Katarrh könnten Aetzmittel nur schaden, bei Betheiligung der Cornea wende

man lieber Lösungen (Sublimat) an. Wo die Cornea frei, da sei und bleibe der Kupferstift ein ausgezeichnetes Mittel. Die wegen Narbenbildung gefürchtete Excision der Uebergangsfalte eigne sich dennoch für chronisch-hyperplastische Processe. Quetschung, Pinselung, Ausschneiden mit der Scheere sei zu individualisiren je nach der Fertigkeit des Arztes und der Art des Falles. Man komme mit einer Methode nicht für alle Fälle aus. Das von Middendorff empfohlene Aufheben der Schleimhautfalte erscheine praktisch.

Herr Eeck hat nicht behaupten wollen, die Quetschmethode sei in allen Stadien des Trachoms anzuwenden, im Gegentheil habe er die Indicationen für das Verfahren namhaft gemacht. Den Kupferstift wende er gleichfalls in veralteten Fällen, im Narbenstadium an.

5. E. Johannson (Hallist): «Cataractoperationen in ausserklinischer Behandlung». So wünschens- und erstrebenswerth bei der operativen Behandlung der Cataracta der Aufenthalt des Kranken in der Klinik sei, so wolle Red. doch über die von ihm (1886—90) ohne klinische Controle operirten Fälle berichten, da eine grosse Anzahl von Kranken durch materielle Hindernisse von der Aufnahme in eine Anstalt ausgeschlossen bliebe oder die Furcht vor der Klinik sie von ihr fernhalte. — Vorbereitung zur Operation: Desinfection des Zimmers, der Instrumente (3% Carbol) und des Conjunctivalsackes (1:5000 Sublimat). Anästhesie durch Cocain 2%. Lidhalter. In wenig Fällen Lappenschnitt nach Jacobsohn, meist peripherer Linearschnitt nach Graefe. Nach Abfluss des Kammerwassers Iridektomie, Eröffnung der Linsenkapsel durch Kreuzschnitt und Extraction der Linse mit einem oder zwei Daviel'schen Löffeln. Extraction meist nach oben; bei einzelnen Kranken, die nicht im Stande waren die Augen nach unten zu bewegen, musste nach unten extrahirt werden. Nach Abnahme des Lidhalters leichte Massage zur Entfernung etwa noch vorhandener Reste der Corticalis. Ausspülung mit Sublimat. Verband für beide Augen. Nach je 2—3 Tagen Verbandwechsel, Einträufelung von Atropinlösung 1%. Vom 8. Tage an wurde das Auge nur noch mit einem schwarzen Läppchen vor Blendung geschützt.

Uebele Zufälle bei der Operation seien nicht häufig gewesen: Vorfall des Glaskörpers 3 Mal, 2 Mal nach Austritt, einmal vor Austritt des Kernes, der in diesem Fall mit der Drahtschlinge entfernt wurde. Eine Cataract sei mit sehr befriedigendem Resultate in toto mit der Kapsel extrahirt worden.

Die Kranken hielten mit wenig Ausnahmen 2—3 Tage die Rückenlage ein, dann 2 Tage zeitweilige Seitenlage. Diät Anfangs flüssig, vom 4. Tage an frei. Doppelseitige Operationen habe Vortrgd. in 2 Sitzungen in Pausen von 10—14 Tagen ausgeführt; in 2 Fällen, bei denen beide Augen gleichzeitig operirt wurden, traten trotz regelmässiger Heilung bei der definitiven Verbandabnahme Schwindel, Kopfschmerzen und Erbrechen auf.

Die in einem Fall auf dringenden Wunsch des Kranken eingeleitete Chloroformnarkose habe die Operation störendes, wenn auch nicht beeinträchtigendes Erbrechen zur Folge gehabt. In allen übrigen Fällen sei durch Cocain genügende Anästhesie erziehlt worden. Behandlungsdauer: bei einem Auge 2½—3, bei doppelseitiger Operation bis zu 6 Wochen. In allen Fällen, 45 Augen an 33 Kranken, habe sichs um Cataracta senilis gehandelt. 2 Kranke standen im 48. u. 49. Lebensjahr, 4 im 56.—59., 6 hatten das 70. Jahr überschritten, die Uebrigen waren in den Sechzigern. In 2 Fällen keine Trübung im 2. Auge nachgewiesen, sonst immer doppelseitige Erkrankung. Geringe pannöse Trübung der Cornea (abgelaufenes Trachom) 2 Mal beobachtet. Bei doppelseitiger Erkrankung habe Vortgd. in einem Fall das 2. Auge, das bei Cat. hypermatura Strabismus convergens aufwies, aus diesem Grunde nicht operirt. Bei einem andern Kranken habe die Operation doch relativ gutes Resultat ergeben: Fingerzählen auf 20 Fuss, obgleich operirt wurde bei erhöhter Tensio bulbi und träger Pupillenreaction, nachdem das andre Auge an Glaucom zu Grunde gegangen war. In 3 Fällen sei die Operation des Auges unterlassen worden wegen zu herabgesetzter Function der Netzhaut. Bei 40 Fällen handelte sich's um reife, bei 5 um überreife Cataracte.

Complicationen seitens der Thränenwege seien nicht beobachtet worden, wohl aber Trachom und Conjunctivitis, die geeigneter Behandlung unterzogen wurden. Leichter Katarrh der Conjunctiva habe die Operation nicht contraindicirt. Ueber Dauererfolge fehlten Vortrgd. leider von vielen Operirten die Nachrichten. Bei der Entlassung lasen mit der corrigirenden Brille:

J. 1 — J. 2: 8	Kranke,	Sehschärfe	f. d. Ferne	$^1/_2$—$^2/_3$
J. 3 — J. 6: 15	»	»	»	$^2/_7$—$^2/_5$
J. 7 — J 11: 10	»	»	»	$^1/_5$—$^2/_7$

Fingerzählen auf 20—30 Fuss: 6 Kranke
» » 8—20 » 5 » (Cat. hypermat. resp. Hornhauttrübung).

Absoluten Misserfolg habe Vortrgd. nur einmal zu verzeichnen gehabt. Nach gut gelungener Operation sei der Verband von den Angehörigen des Kranken aus Neugier entfernt worden. Das Auge ging an Infection zu Grunde.

Die Herren Jaesche und Truhart sprechen ihre Befriedigung darüber aus, dass diese segensreiche Operation, die nicht nur an Kliniken gebunden sein sollte, auch auf dem Lande ausgeführt werde.

(Schluss der IV. Sitzung).

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Nach Mosetig's Vorgang hat F. Kapper 15 weiche Kröpfe mit Jodoforminjectionen behandelt und in allen Fällen sehr günstige Resultate (Verkleinerung des Halsumfanges um 8—10 Cm.) erzielt. Die von ihm benutzte, stets frisch herzustellende Lösung ist: Jodoformii 1,0, Aetheris, Ol. olivarum āā 7,0. Die gewöhnliche Dosis ist eine Spritze voll, in Pausen von 4—6 Tagen zu wiederholen. Die Canüle wird 2—3 Cm. tief eingestochen, eine Schluckbewegung zeigt, dass das Strumagewebe getroffen ist, und der Inhalt der Spritze wird langsam entleert. Irgendwie nennenswerthe Reactionserscheinungen treten nach der Injection nicht auf.

(Münchener med. Wochschr. 4. August).

— Petersen (Würzburg) hat das Europhen in Pulverform in die Nase geblasen und rühmt es als ein sehr gutes, secretionsverminderndes Mittel bei Rhinitis acuta, sowie bei Rhinitis hypersecretoria (welche Erkrankung besonders häufig bei scrophulösen Kindern beobachtet wird). In Salbenform (10%) dagegen soll das Europhen solche Leiden beeinflussen, die auf Verminderung der Secretion beruhen, wie: Rhinitis atrophica simplex und foetida, indem es die Secretion sehr anregt. Auch bei Eczema narium that die Salbe vortreffliche Dienste. (München. med. Wochschr. Nr. 30).

— Bole bezeichnet das seit mehreren Jahren von Mikulicz beobachtete Verfahren zur Desinfection der Hände nach sorgfältiger bakteriologischer Prüfung desselben als die beste der bisher bekannten Methoden. Die Mikulicz'sche Desinfectionsmethode besteht in Folgendem: die Fingernägel werden mit Messer oder Nagelscheere von sichtbarem Schmutze gereinigt, dann werden die Hände mit warmem Wasser und Kaliseife drei Minuten lang gewaschen und gebürstet, hierauf eine halbe Minute in 3% Carbollösung und eben so lange in ½% Sublimatlösung gewaschen; schliesslich werden die Unternagelräume und Nagelfalze mit nasser Jodoformgaze und 5% Carbollösung abgerieben. (D. med. Wochschr.).

— In dem Jahresbericht des poliklinischen Institutes d. k. k. deutschen Universität zu Prag für das Jahr 1890 giebt R. Winternitz folgende Daten über Blennorrhoe, Syphilis und Hautkrankheiten, die insofern für uns bemerkenswerth, da im Gegensatz zu den Zahlen unserer Polikliniker die Hautleiden bedeutend prävaliren.

Von 912 Fällen kamen auf

Erkrankungen der Geschlechtsorgane . . .	307
Hautkrankheiten	605
Anderweitige Erkrankungen.	49

Unter den Geschlechtskrankheiten kamen vor: Blennorrhoe — 153 Mal (darunter nur 8 Mal bei Weibern), Ulcus molle — 38 Mal und Syphilis 95 Mal.

Von Hautkrankheiten waren zu notiren: 168 Fälle von Ekzem, Scabies — 114, Mycosis tonsurans — 31, Urticaria — 14, Psoriasis — 9, Herpes Zoster — 29, Impetigo — 22, Lupus vulgaris — 5. Lupus erythematodes 2 und je 1 Fall von Keratosis, Trichorrhexis nodosa etc. (Prager med. W. Nr. 46).

— Platin-Iridium-Kanülen für Subcutan-Spritzen empfiehlt Liebreich neuerdings als ganz besonders zweckmässig da dieselben sich durch Ausglühen sterilisiren lassen, ohne dass ihre Schärfe leidet. Die Kanülen müssen durch absolut dichten Schliff mit dem nicht zu spitz zulaufenden Conus der Spritze verbunden werden.

Terap. Monatsh. VII 1891.

Vermischtes.

— Die Professoren der militär-medicinischen Academie DDr. Iwanowski (Patholog) und Fürst Tarchan-Mourawow (Physiolog) sind von der Conferenz der Academie zu Academikern gewählt worden.

— Die bisherigen ausserordentlichen Professoren der militär-medicinischen Academie DDr. Dianin (Chemiker), Ratimow (Chirurg) und Ssubbotin (Chirurg) sind zu ordentlichen Professoren ernannt worden.

— Zum Director des Asyls für Geisteskranke Kaiser Alexander III. (bei der Station Udelnaja der finnländischen Bahn) ist, an Stelle des verstorbenen Dr. P. Nikiforow, der Candidat der Naturwissenschaften und Doctor medicinae A. W. Timofejew ernannt worden. T. war früher Assistent an der Botkin'schen Klinik und wurde darauf vom

Medicinaldepartement speciell zum Studium der Geisteskrankheiten in's Ausland geschickt. (Wr.)

— Se. Majestät der Kaiser hat auf den allerunterthänigsten Bericht des Ministers der Volksaufklärung am 16. November v. J. die Aussetzung von 600 Rbl. aus den Specialmitteln der Universität an den Prof. ord. der Universität Dorpat für den Lehrstuhl der Psychiatrie, Collegienrath Wladimir Tschish (bekanntlich der jüngste Professor der Dorpater med. Facultät), als Ergänzung zu dem von ihm bezogenen Gehalt als Professor, Allerhöchst genehmigt.

— Verstorben: 1) Am 25. Januar in Libau der ehemalige Kreisarzt in Opotschka (Gouv. Pleskau) Dr. Alexander Vogel im 71. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Livland und hatte seine medicinische Ausbildung auf der Universität Dorpat erhalten, wo er von 1840—1844 Medicin studirte. V. war anfangs Landarzt im Gouvernement Witebsk, dann Kreisarzt in Opotschka. Seit 1867 lebte er zu Sallenen bei Hasenpoth in Kurland. 2) In Kiew am 24. Januar der ältere Arzt des Bessarabischen Infanterieregiments, Georg Dowgird. Der Verstorbene beschäftigte sich speciell mit Nasen-, Ohren- und Kehlkopfkrankheiten und unterhielt in Kiew ein ärztliches Cabinet zur Behandlung mit Elektricität. 3) Am 27. December in Kiew der Landarzt in Rjeshiza (Gouvernement Minsk) W. Maziowitsch an allgemeiner Paralyse. 4) Am 31. Januar n. St. in Wien der ehemalige Director des dortigen allgemeinen Krankenhauses, Hofrath Dr. Joseph Hoffmann, im 68. Lebensjahre. Der Verstorbene galt als ein tüchtiger Arzt und Hygieniker, als ein trefflicher Beamter und braver Mann. Fast zwei Decennien hindurch hat er als Director des grossen Wiener allg. Krankenhauses (2000 Betten), in welchem sich bekanntlich die Universitätskliniken befinden, gewirkt und in dieser seiner Stellung als Chef eines vielköpfigen ärztlichen Corps durch Wohlwollen, Einsicht und Thatkraft sich allgemeine Anerkennung, Achtung und Verehrung erworben. 5) Am 1. Februar in St. Petersburg der bekannte Afrika-Reisende Dr. med. Wilh. Junker im 52. Lebensjahre an allgemeiner Sarkomatose. Der Verblichene war in Moskau geboren, hatte seine Schulbildung aber in Deutschland, der Schweiz und zuletzt in St. Petersburg erhalten, worauf er in Göttingen, Berlin, Prag und auch in Dorpat Medicin studirte. Mit seinem grossen Reisewerke, das er vor Kurzem vollendet, hat er sich ein monumentum aere perennius geschaffen.

— Verabschiedet auf eigenes Ansuchen: Der Corpsarzt des XV. Armeecorps, wirkl. Staatsrath Dr. Zöpfell, mit Uniform.

— Die Statuten der neuen Gesellschaft von Kinderärzten in Moskau sind von der Regierung bereits bestätigt worden. Die Zahl der Gründer der Gesellschaft beträgt 30. Vor Kurzem haben dieselben die erste Sitzung abgehalten, in welcher verschiedene die Organisation der Gesellschaft betreffende Angelegenheiten berathen wurden.

— In dem Hebammen-Institut beim Marien-Gebärhause hieselbst fand am 28. Januar die öffentliche Prüfung und Entlassung von 30 Hebammen, welche den Cursus vollendet haben, statt. Es ist dies bereits der 22. Cursus seit dem Bestehen dieser Anstalt.

— Eine neue Verfügung des Medicinalraths ordnet an, dass die Dienstzeit der Apothekergehülfen in den Landapotheken künftig nicht mehr angerechnet werden darf als die obligatorische 3jährige Beschäftigung in einer Apotheke, welche gesetzlich von denen gefordert wird, die das Provisorexamen abzulegen wünschen.

— In St. Petersburg hat sich eine neue Gesellschaft gebildet, welche den Zweck hat, Kinder, die an unheilbaren Krankheiten leiden, zu verpflegen, und zwar ohne Unterschied des Standes, Geschlechts und der Confession. Die Gesellschaft hat bereits von einer unbekannten Person eine Spende im Betrage von 40,000 Rbl. und von einer anderen Person eine Datsche bei der Station Udelnaja als Geschenk erhalten.

— Baron Rothschild hat für das in der Nähe Wiens projectirte Asyl für Tuberculöse (cfr. Nr. 4, S. 45 dieser Wochenschrift) 100,000 Gulden gespendet.

— In London practiciren gegenwärtig ca. 5000 Aerzte — also mehr als in Schottland und Irland zusammen.

— Der vor Kurzem verstorbene grosse Wiener Physiologe Prof. Brücke hat die letzten Monate seines Lebens der Abfassung einer Hygiene des Kindes- und Adolescentenalters gewidmet, welche unter dem Titel: Wie behütet man Leben und Gesundheit seiner Kinder, im Verlage von Braumüller in Wien erschienen ist. «Das Buch ist für Laien geschrieben, nicht für Aerzte», sagt Brücke im Vorwort; es ist auf Empirie begründet, nicht auf theoretischen Speculationen.

— Auf Anregung der Livländischen Medicinalverwaltung ist von der Rigaer pharmaceutischen Gesellschaft eine Hilfstabelle für Aerzte herausgegeben worden, welche im Verlage der Stahl'schen Buchdruckerei (R. Ruetz) in Riga vor Kurzem erschienen ist. Dieselbe enthält ein übersichtlich zusammengestelltes Verzeichniss der wesentlichen Veränderungen in Bezug auf Zusammensetzung und Stärke einzelner Arzneimittel, wie solche in der neuen Pharmakopöe. nach deren Vorschriften sich sämmtliche Apotheker seit dem 1. November 1891 zu richten haben, vorkommen. So ist z. B. die Tinctura Strophanti jetzt circa 2½ Mal so stark wie früher; es können somit durch Nichtbeachtung dieser Veränderung seitens des Arztes recht unangenehme Eventualitäten eintreten. Beigefügt sind noch ein Verzeichniss aller strengwirkenden Mittel, nebst Angabe der Maximalgaben für Erwachsene und Minderjährige, sowie die wesentlichsten Gesetzesbestimmungen über den Ablass strengwirkender Mittel und die Verordnungen, welche bei Ueberschreitung der von der Pharmakopöe festgesetzten Maximalgaben zu erfüllen sind.

Diese «Hilfstabelle» wird den Aerzten ein willkommenes Hülfsmittel zur leichten Orientirung über die fraglichen Verhältnisse sein und dazu beitragen, nicht allein dem Arzte manche Unbequemlichkeiten und Zeitverlust, sondern auch den Apothekern oft recht unangenehme Verhandlungen mit dem Publicum, sowie den Aerzten zu ersparen.

— In England existirt eine Gesellschaft zur Unterstützung von Aerzten in Unglücksfällen, welche auch Pensionen denjenigen zahlt, welche das 60. Lebensjahr erreicht haben. Im verflossenen Jahre haben 159 Aerzte Unterstützungen erhalten; ausserdem bezogen 99 mittellose Aerzte, welche über 60 Jahre alt sind, monatliche Pensionen. Die Einnahmen der Gesellschaft betrugen mehr als 3800 Pfd. Sterling (ca. 38,000 Rbl. beim gegenwärtigen Curse).

— Die Redaction der englischen Zeitschrift «Tit-Bits» hat drei Prämien, jede zu 10 Guineen, für die besten Abhandlungen (die nicht über 600 Worte enthalten sollen) über nachstehende Themata ausgesetzt: 1) Wie soll die Grippe geheilt werden? 2) Warum werden die Männer kahlköpfig? und 3) Warum werden die Männer grau? (Wr.)

— Von der bekannten Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse in Berlin ist uns der schön ausgestattete Jubiläumskatalog dieser jetzt seit 25 Jahren bestehenden Firma eingesandt worden. Derselbe enthält ausser einem bequemen Notiz-Kalender Belehrungen über das zweckmässige Inseriren, einen sehr ausführlichen Katalog aller Zeitungen und Zeitschriften mit Angabe der Insertionsgebühren, einen reichhaltigen Inseratenanhang und zum Schluss eine sorgfältig ausgeführte Specialkarte Mitteleuropas.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 2. Februar d. J. 6294 (82 weniger als in der Vorwoche), darunter 496 Typhus — (35 weniger), 619 Syphilis — (12 mehr), 66 Scharlach — (4 weniger), 13 Diphtherie — (3 weniger), 79 Masern — (13 weniger) und 14 Pockenkranke (3 mehr).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 26. Januar bis 1. Februar 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
290	256	546	107	42	80	11	8	16	49	51	46	41	52	27	15	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 14, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 12, Scharlach 9, Diphtherie 14, Croup 3, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 33, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 104, Tuberculose anderer Organe 7, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 28, Marasmus senilis 28, Krankheiten des Verdauungscanals 49, Todtgeborene 21.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 18. Februar.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 10. Februar.

Дозв. ценз. Спб. 7 Февраля 1892 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Wienecke, Katherinenhofer-Pr. № 15.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 7 St. Petersburg, 15. (27.) Februar **1892**

Inhalt: Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte. — **Referate:** J. Hoffmann: Weitere Beiträge zur Lehre von der progressiven neurotischen Muskelatrophie. — O. Lassar und Friedländer: Zur Erysipelimpfung. — **Vermischtes.** — **Anzeigen.**

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 26. November 1891 *)

1. Herr **Selenkow** hält einen Vortrag mit Krankenvorstellung **zur Frage der chirurg. Behandlung des Pleuraempyems.** Nach einer Einleitung, in welcher die locale Behandlung der eiternden Pleura nach der Radicaloperation, im Gegensatz zur gewöhnlichen Routine des einfachen Verbandwechsels befürwortet wird, formulirt S. die Aufgabe des Chirurgen dahin, die eitrige Form der Pleuritis möglichst bald in die seröse überzuführen, um dann die Fistel ruhig sich schliessen zu lassen, während noch ein Theil der Pleurahöhle nicht durch Verwachsung der Blätter obliterirt ist. Dann könnten wir auf schnelle und insofern gute Heilung rechnen, als wenigstens der untere Theil der Lunge beweglich bliebe und normal functioniren könnte. Als zur Lösung dieser Aufgabe geeignete Mittel empfiehlt Vortr. die von **Mosetig-Moorhof** empfohlenen Eingiessungen von 10% Jodoformglycerin und die lockere Jodoformmull-Tamponade (**Küster, Wagner**). Zur Illustration des Gesagten berichtet S. über 3 von ihm im Nicolai-Militärhospital operirte Soldaten, von denen der erste bereits im vorigen Jahre gesund in seine Heimath entlassen wurde, die beiden übrigen aber als vor kurzem Geheilte dem Verein vorgestellt werden. Alle 3 Fälle hatten das Gemeinsame eines colossalen in Verjauchung begriffenen Ergusses mit Herzverschiebung und Oedem der betr. Brustseite und des deplorablen, fast extremen Kräftezustandes zur Zeit der Operation. Der erste hatte 2 Monate als fiebernder Phthisiker in der internen Abtheilung zugebracht, der zweite litt ½ Jahr vorher an chronischer puriformer Bronchitis, zu welcher sich schliesslich die jauchige Pleuritis und septische Phlegmone der kranken (linken) Brustseite gesellt hatte, der dritte endlich war am 12. Juli an schwerem Abdominaltyphus erkrankt, in dessen Verlaufe sich bald Bronchitis und hypostatische Pneumonie, später, Anfang August, croupöse Pneumonie links und exsudative hämorrhagische Pleuritis entwickelten. Die letztere war zur Zeit der Operation, welche in extremis am 14. Sept. d. J. vorgenommen wurde in Verjauchung begriffen, deren Ursache nach Entleerung eines kleinapfelgrossen Stückes mortificirter Lunge im Laufe der Nachbehandlung klar wurde. Die Operation bestand in allen 3 Fällen in Resection von 3 ctm. der 7. Rippe in lin. axill. anter (einmal rechts, zweimal links), Ausspülung mit Borlösung, Drainage, die Nachbehandlung in Eingiessung von ½—1 Unze Jodoformglycerin und in den beiden letzten Fällen Mulltamponade, hin und wieder Ausspülung zur Entleerung von Fibringerinnseln bis Apfelgrösse. Das Secret hat die seröse Form angenommen: im 1. Fall 18 Tage, im zweiten am 25. im driten am 28. Tage p. operationem. Die Verheilung der Operationswunde war am 35. resp. 52. resp. 42. Tage vollendet. Die Zunahme der Kräfte trat bei allen Pat. sehr schnell ein und die Lungenerscheinungen schwanden noch während der Nachbehandlung ganz. Bei dem zweiten der Pat., welcher besonders septisch afficirt war, besteht noch eine geringe Skoliose, die sich bereits mit Hülfe von Athmungsgymnastik verringert hat; der untere Lungenrand ist hinten seitlich offenbar verschieblich, wie die Percussion und Auscultation zeigen (pleurit. Reiben).

2. Herr **Hellat** stellt einen **Fall von linksseitiger Lähmung des Pharynx** vor; Pat. hat früher an folliculärem Rachenkatarrh gelitten; niemals Diphtheritis gehabt; später traten Schlingbeschwerden ein, die sich nach einer Tonsillotomie besserten. Die Lähmung betrifft den M. constrictor pharyngis sup., betheiligt ist jedenfalls der N. glossopharyngeus, vielleicht auch der Trigeminus: Geschmacksempfindung und Sensibilität der Zunge sind intact. Ausserdem leidet Pat an Parasthäsien der rechten Kopfhälfte. Ein Lungenleiden, an welchem er schon seit

*) Anmerkung. Da wir die in der Debatte über die Behandlung der Diphtherie gehaltenen Vorträge der Herren DDr. **Masing, Lunin, v. Mossin** und **Serck** der Wichtigkeit ihres Inhaltes wegen in extenso wiederzugeben wünschen, dieselben aber ihrer Form nach nur in das Protokoll der Sitzungen des Vereins passen, so müssen wir dieselben in diesem und nicht als Originalartikel veröffentlichen, können aber in dieser und der nächsten Nummer wegen Raummangels keinen anderen Originalartikel bringen. Die Redaction.

längerer Zeit laborirt, und welches anfangs für Tuberculose gehalten wurde, ist vielleicht syphilitischer Natur, da es sich beim Gebrauche von KaJ. bessert.

3. Discussion über die Behandlung der Diphtheritis.

a) Herr Masing giebt zunächst einen Ueberblick über die Geschichte der Kenntniss dieser Krankheit:

Seit 2000 Jahren ist die Diphtheritis bekannt. Die Aerzte Griechenlands beschreiben sie genau mit Croup des Kehlkopfes, Lähmung etc. Asklepiades hat die Mandeln scarificirt und Laryngotomie gemacht. Galen beschreibt sie genau. Das Mittelalter bringt durchaus nichts Neues. Im 16. Jahrhundert Jahr für Jahr schwere Epidemien in Spanien, wo sie Garolillo heisst, von wo die detaillirtesten Beschreibungen stammen. Von da Verbreitung der Epidemien nach Frankreich, England, Italien und West-Deutschland. In England im 18. Säc. eine Epidemie, von der Haeser sagt, dass sie ärger als die Pest gehaust hat.

Einen ganz wesentlichen Fortschritt in der Erkenntniss der Krankheit brachte Bretonneau. Von 1821—26 veröffentlichte er seine Arbeiten über die Krankheit, der er den Namen «Diphtherie» gab. Er wies die Identität der Nasen-, Rachen-, Kehlkopf-, Trachealmembranen nach, trennte dieselben von den katarrhalischen und der Scharlachentzündung und lehrte die Wunddiphtherie kennen.

Von nun an schwillt die Literatur beinahe in's Maasslose an. Einmal spaltet sich die Menge der Autoren in Anhänger und Gegner der Identität von Diphtherie und Croup, noch mehr aber in der Frage, ob die Diphtherie zunächst eine Localerkrankung sei, die später zur Allgemeininfection führt, oder zunächst eine Allgemeinerkrankung mit secundärer Localisation (als Masern, Pocken, Abdominaltyphus); die allermeisten Schriften beziehen sich aber auf die Therapie der Krankheit. Unzählige Mittel werden gepriesen und wieder verworfen; die widersprechendsten Methoden finden eifrige Vertreter: Glüheisen und sonstige Cauterisationen der Rachenaffectionen und andererseits dringende Warnung vor irgend welcher Localtherapie. Die Frage wurde eine besonders brennende, als vor 12 Jahren die Grossherzogin von Hessen-Darmstadt und zwei ihrer Kinder an Diphtherie starben und die Kaiserin Augusta einen Preis aussetzte für die beste Erforschung des Wesens und der Behandlung dieser Krankheit. Der Preis wurde Prof. Heubner in Leipzig zuerkannt (1882). Seine Schrift ist sehr gründlich, sehr scharfsinnig, aber wer sie kennen lernt, sagt sich doch: «wir sind nicht weitergekommen». Also eine 2000jährige Forschung vergebens! Und doch war die Lösung der Frage ganz nahe.

1883 veröffentlichte Fr. Löffler, damals noch Assistent von R. Koch, im II. Bande der Mittheilungen aus dem Reichsgesundheitsamte seine Entdeckung des Diphtheriebacillus. In dieser 78 Seiten gross Quart enthaltenden Arbeit giebt er alle Einzelheiten seiner Beobachtungen und Experimente wieder, die ihn zum Schlusse führen, dass er damit wahrscheinlich das Virus der Diphtherie gefunden. Die Morphologie und Biologie des Bacillus wird genau geschildert, die Thatsache festgestellt, dass er nur an der inficirten Stelle in der Membran sich vermehrt und nicht in die Körpersäfte und inneren Organe gelangt; dass die Allgemeininfection also wahrscheinlich auf Intoxication durch Resorption von chemischen Stoffwechselproducten der Bacillen beruhe, dass die Uebertragung der Krankheit bei jüngeren Individuen (Meerschweinchen, Tauben) leichter vor sich gehe und sicher durch Contagion, d. h. von einem Individuum auf das andere. Als praktische Consequenzen zählt Löffler auf: strenge Isolirung, Desinfection aller Secrete und Excrete der erkrankten Schleimhaut, Desinfection der von den Kranken bewohnten Räume, da durch Hustenstösse die losgerissenen Keime umhergeschleudert werden, und eine möglichst frühzeitige desinfectorische Behandlung der ergriffenen Körperhöhle.

Seit 8 Jahren sind, besonders von Koch und seinen Schülern, eine Reihe von Entdeckungen der pathogenen Mikroorganismen verschiedener Infectionskrankheiten publicirt. Sogleich erhob sich jedes Mal eine streng controllirende Kritik: ich erinnere daran, wie schwere Zweifel der Tuberkelbacillus, der Cholerabacillus zu bestehen hatten, ehe sie allgemeine Anerkennung fanden. Ebenso warf sich die zweifelnde Kritik auch auf die Löffler'sche Entdeckung, aber, meines Wissens, kamen die ernsteren Controlleure nur immer gleich auf Anerkennung heraus. Die bedeutendste Arbeit ist in dieser Reihe gewiss die von M. Beck in Berlin, mitgetheilt im VIII. Bde der Zeitschrift für Hygiene. Bis zur Evidenz zeigte B., dass der Löffler'sche Bacillus wirklich der Erreger der Diphtherie sei, was übrigens Löffler selbst in seinen späteren Arbeiten als zweifellos hingestellt hatte (Berl. klin. Wochschr. Nr. 39. 1890). Der Bacillus fand sich in allen 52 Fällen menschlicher Diphtherie, dagegen kein Mal von 17 Fällen von Ang. follicul und 28 Fällen von Ang. catarrh.; er liess sich in Reinculturen züchten und Impfungen von diesen riefen immer bei Meerschweinchen, Tauben und Hühnern Diphtherie hervor. Bei dieser Impfdiphtherie liess sich der Gang der Krankheit von Moment zu Moment verfolgen. 24 Stunden nach der Impfung war die Membran da, dieselbe bestand fast nur aus Löffler'schen Bacillen, die sich rasch auf der Schleimhautoberfläche verbreiteten, dagegen nur die Epithelschicht zur Nekrose brachten und nicht tiefer drangen — nie fanden sie sich in den nächsten Lymphdrüsen, nie im Blute oder den inneren Organen. Nachdem 3 Mal 24 Stunden so die Diphtheriebacillen sich in den Membranen vermehrt hatten, traten in den Membranen massenhaft Streptokokken auf, die durch die zerstörte Schleimhaut eindrangen und bald in Lymphdrüsen, Blut, Milz, Nieren etc. gefunden wurden. Damit war die Allgemeininfection, die Sepsis, declarirt. — Somit besteht der bisher als einheitlicher Vorgang aufgefasste Krankheitsprocess aus zwei zu trennenden: der localen Wucherung der Diphtheriebacillen, die auch von sich aus durch Verengerung des Kehlkopflumens tödten können, und der Blutvergiftung durch Einwanderung der Streptokokken durch die zerstörte Schleimhaut. Dabei mag die Intoxication durch die Stoffwechselproducte der Diphtheriebacillen, wie sie Löffler ursprünglich annahm, auch ihre Rolle spielen.

Welch' ein Fortschritt in der Erkenntniss des Krankheitsprocesses! Die ganze Kette der Beweise zur Klarlegung der Thatsachen lag vor und keiner der nun folgenden Arbeiter an dieser Frage zerstörte diese Kette, im Gegentheil — jeder nietete die einzelnen Glieder nur fester. Wie zielbewusst war jetzt auch der Weg, den die Therapie einzuschlagen hatte. Wenn es gelang, in loco affectionis die Diphtheriebacillen baldmöglichst nach ihrer Ansiedelung zu tödten, ehe sie soweit an der Oberfläche fortgewuchert, dass Gegenden erreicht wurden, die der localen Therapie wenig zugänglich sind, und ehe die Schleimhaut so weit zerstört war, dass die Streptokokken in den Säftestrom gelangen konnten — so musste Heilung eintreten. Und wenn es nun doch noch 3 Jahre währte, ehe die beiden Arbeiten, beide unter dem Titel «Zur Therapie der Diphtherie», erschienen, die eine von Prof. Löffler in Greifswald (März 1891) und die andere von Prof. Strübing in Greifswald (November 1891), mit denen — ich möchte sagen — die Krönung des Gebäudes vollendet war, so hing das damit zusammen, dass Löffler erst durch sorgfältige Prüfung im Laboratorium eine grosse Zahl von antibakteriellen Mitteln prüfte, welche von ihnen in welcher Dauer und in welchen Concentrationen am sichersten die Bacillen abtödten, während Strübing am Krankenbette die Löffler'schen Vorschläge prüfte und beson-

ders auch ermittelte, welche antibakteriellen Mittel dem Träger der Diphtherie, dem menschlichen Körper, nicht schaden. Diese beiden Arbeiten müssen im Original gelesen werden. Nur soviel sei hier gesagt:

I. Löffler. Nicht jede Entzündung im Rachen mit Membranbildung ist Diphtherie. Ob sie es sei, kann nur ein Bakteriologe durch Anlegen von Culturen erkennen. Löffler kann in 24 Stunden nach Entnahme von etwas Schleim oder Membranfetzen aus dem erkrankten Rachen den Beweis liefern, ob echte Diphth. oder Pseudodiphtherie; da aber wiederholt beobachtet wird, dass bei Bestehen der Pseudodiphtherie nach einigen Tagen echte hinzutritt, so ist es geboten, jede Rachenentzündung mit Flecken als Diphtherie zu behandeln. Zur Abtödtung der Bacillen in den Culturen erweisen sich Sublimat, Quecksilbercyanid, Höllensteinlösungen und alkoholische Carbolsäurelösungen als die sichersten und dann auch eine Gruppe ätherischer Oele, die in Dampfform wirken, was für die vereinzelten Fälle, wo die Diphtherie in der Nase oder im Nasenrachenraum beginnt, von grosser Bedeutung ist.

II. Strübing bestätigt zunächst die Unmöglichkeit, echte Diphtherie von Pseudodiphtherie anders als durch Culturverfahren zu unterscheiden. «Für den behandelnden praktischen Arzt stellt sich allerdings insofern die Sache günstiger, als er, nicht im Stande zu differenziren, solche Fälle immer als echte Diphtherie behandeln wird». — Ferner betont er die Nothwendigkeit, möglichst früh die Vertilgung der Bacillen zu beginnen; denn hat die Einwanderung der Streptokokken durch die zerstörte Schleimhaut und die Aufnahme der toxischen Stoffwechselproducte der Bacillen ins Blut stattgefunden — dann haben wir kein sicheres Mittel mehr, das diesen directen Folgen entgegenwirken könnte. Seine Worte: «Immer wieder lautet das klinische Urtheil dahin, dass die Frühdiagnose von Wichtigkeit ist, und dass die Fälle im Beginn, dann aber mit voller Energie in Behandlung genommen werden müssen».

Ob nun die Medicamente als Gurgelungen, Pinselungen, Inhalationen oder auch intern (um während des Schluckens zu wirken) angewandt werden sollen, hängt vom Alter der Kranken, vom Orte und der Ausbreitung der Affection ab; ein für alle Fälle allgemein gültiges Gesetz lässt sich da nicht aufstellen. Aber das steht fest: in nicht zu langen Pausen Tag und Nacht muss der antibakterielle Stoff applicirt werden, ob in 2-, 4-, 6stündlichen Pausen, das wird die Erfahrung des Arztes sagen. Je stürmischer der Verlauf, desto rascher nach einander die Maassnahmen. Während Löffler dem Sublimat den ersten Preis bei der Diphtheriebehandlung zuerkannt hatte, zieht Strübing die alkoholische Carbolsäurelösung mit oder ohne Terpentinzusatz vor und zwar aus dem Grunde, weil der Arzt am Urin sehr zeitig erkennen kann, ob Carbolintoxication droht (durch Prüfung mit Liq. ferri sesq.), während für Sublimat kein solcher Anhaltspunkt existirt.

Es folgen nun in der Strübing'schen Arbeit eine Reihe von Krankengeschichten, die besonders dadurch lehrreich sind, dass Löffler bei jedem Falle von Zeit zu Zeit die bakteriologischen Controlluntersuchungen machte. Die Abhängigkeit der Krankheitserscheinungen von den Bacillen tritt dabei evident hervor. Besonders instructiv sind auch die Recidive; in der Reconvalescenz fanden sich oft noch lebensfähige Bacillen, woraus der praktische Schluss sich ergiebt, nicht zu frühe ganz mit der antibakteriellen Behandlung aufzuhören.

Zum Schlusse spricht Strübing von der Therapie der Scharlachdiphtherie, die nach Löffler keine echte, sondern eine durch Streptokokken bedingte ist. Auch hier ist die locale Behandlung mit Carbolsäurelösungen das Beste, zumal sich immer mehr Zeugen finden, dass auch gegen den Scharlachprocess selbst die interne Anwendung der Carbolsäure wirksam sei. Wenn nun auch die Scharlachdiphtherie keine echte sei, so warnt Strübing dringend, hier die locale antibakterielle Behandlung zu unterlassen und zwar: «Immer müssen wir hier wie dort den Schwerpunkt auf die ersten Tage der Krankheit legen. Das Feuer muss im Beginn erstickt werden, seine Bekämpfung darf nicht erst erfolgen, wenn das ganze leicht gebaute Haus in hellen Flammen steht».

Seine eigenen günstigen Erfahrungen mit der frühzeitigen Localbehandlung des Diphtheritis hat Vortr. vor einigen Monaten im deutschen ärztlichen Verein mitgetheilt (s. Protokoll des deutschen ärztlichen Vereins v. 14. Jan. 1891. St. Petersb. med. Wochschr. 1891. Nr. 33 S. 294).

b) Herr Lunin (Elisabeth-Kinderhospital):

Meine Herren! Soeben hat uns Dr. Masing einen interessanten Ueberblick über die Geschichte der Diphtherie gegeben und uns die rosigsten Aussichten für die Zukunft hinsichtlich der Diphtherie-Therapie eröffnet. Erlauben Sie mir nun Ihnen auch meine Erfahrungen auf diesem Gebiete mitzutheilen. Ich muss im Voraus eingestehen, dass dieselben mich leider zwingen mit etwas rauher Hand an diesem Nimbus zu rütteln.

Bevor ich aber auf mein Thema näher eingehe, erlaube ich mir Dr. Masing meinen Dank auszusprechen, da er durch seine Bemerkungen die Frage von der Diphtheritis-Therapie angeregt hat, eine Frage von der grössten Bedeutung, die meines Wissens seit vielen Jahren hier nicht zur Sprache gekommen ist.

Ich werde mir erlauben, erst auf meine persönlichen Erfahrungen aufmerksam zu machen, die ich in der Diphtheritisabtheilung des Oldenburger Kinderhospitals gemacht habe, die aus denselben Jahren stammen, wie die Erfahrungen von Dr. Masing und von mir schon im Jahre 1885 in der St. Petersb. med. Wochenschr. Nr. 6—9 veröffentlicht worden sind.

Dann will ich Ihnen die Resultate mittheilen, welche im Elisabeth-Kinderhospital in den Jahren von 1867 bis 1890 erreicht worden sind und die schon theils von Dr. Woronichin[1]) veröffentlicht, theils von mir nach den jährlichen Hospitalberichten zusammengestellt worden sind.

Zum Schluss, gedenke ich dann etwas näher auf die specielle Behandlungsmethode von Dr. Masing einzugehen.

Ich will mich streng nur an die Erfahrungen halten, die in St. Petersburg gesammelt worden sind, da dieselben zum grossen Theil aus denselben Epidemien stammen, wie die von Dr. Masing, und die ausländische Litteratur nur so weit berücksichtigen, als es mir unumgänglich nothwendig erscheint.

Es ist eine seit langer Zeit bekannte Thatsache, dass über die günstige Wirkung eines Medicaments nur dann ein Urtheil gebildet werden kann, wenn dasselbe auch bei schweren Fällen angewandt worden ist, und deshalb bitte ich Sie, m. H., Ihr Augenmerk besonders auf die schweren Fälle zu richten. Da ich wohl annehmen kann, dass Dr. Masing bei seiner langjährigen und ausgedehnten Praxis auch schwere Fälle zur Beobachtung und Behandlung bekommen hat, so wird Ihnen gleich der so grosse Unterschied unserer Resultate in die Augen springen. Bei Dr. Masing ist seit vielen Jahren Keiner gestorben und bei uns sind sie fast Alle gestorben!

Als ich als Assistent der Infectionsabtheilung des Oldenburger Kinderhospitals eintrat, beschloss ich, mich speciell mit der Frage der Therapie der Diphtheritis zu beschäftigen. Damals hatte gerade Koch seine Arbeit über die Desinfection im ersten Bande der Mittheilungen des Reichsgesundheitsamtes veröffentlicht und darin die eminente desinficirende Wirkung des Sublimats nachgewiesen. Auf den Rath meines verehrten Chefs Dr. Rauchfuss,

---

[1]) Труды общества дѣтск. врачей въ С.-Петерб. (Arbeiten der Gesellschaft der Kinderärzte in St. Petersburg) 1887.

beschloss ich mit diesem Mittel gegen die Diphtheritis vorzugehen. Die Behandlung bestand in 2stündlichen Pinselungen der kranken Schleimhaut mit Sublimat 1: 1000 und stündlichen Spülungen des Rachens mit einer Sublimatlösung von 1: 5000. Solche Spülungen, sei es mit einem Irrigationsspatel, sei es mit einer einfachen Spritze ausgeführt, sind viel wirksamer, als Gurgelungen, mit welchen meist nur die vorderen Theile der Mandel berührt werden, zumal kleine Kinder gar nicht zu gurgeln verstehen.

Ausser diesen Sublimat-Pinselungen, u.—Spülungen bekamen die Pat. noch eine Eiscravatte um den Hals und innerlich Wein und Moschus.

Nach dieser Methode wurden im Ganzen 57 Pat. behandelt; davon starben 45,6%;
auf die fibrin. Form kommen 43, davon starben 30,2%
» » phlegm. sept. » » 14, » » 93,%.

Das Sublimat hatte also nicht unseren Erwartungen entsprochen und nun wollte ich es mit einem alten bewährten Mittel versuchen, das schon im Jahre 1848 von Gigot empfohlen wurde und in den letzten Jahren in Jacobi einen eifrigen Anhänger gefunden hatte — das Eisenchlorid. Von diesem Mittel konnte man bei innerlichem Gebrauche einen zweifachen Nutzen erwarten: einen localen auf die Diphtheritismembranen und einen allgemeinen roborirenden. Das Mittel wurde je nach dem Alter von 2 Tropfen 2stündlich bis 2 Tropfen ½stündlich und zwar Tag und Nacht hindurch gegeben, so dass die in 24 Stunden verbrauchte Menge von 1,0—8,0 betrug.

Ausserdem wurde allen Pat. der Pharynx mit 3% Borsäurelösung ausgespült. Das Eisen bekamen die Pat. stets nach den Spülungen, damit dasselbe leichter seine Wirkung auf die Mambranen ausüben konnte. Ferner Eiscravatte und Wein innerlich.

Behandelt wurden mit Eisenchlorid
94 Pat. davon starben 53 also 56,3%
davon kommen a.d.fibrin. Form 43, starben 14 » 39,5%
» » » phlegm. sept. » 51, » 39 » 78,4%

Das Eisen hatte sich also auch nicht bewährt und ich musste mich nach einem anderen Mittel umsehen. Ich beschloss jetzt auf die warme Empfehlung von Seifert das Chinolin zu benutzen. Er hatte von 48 Pat. nur einen verloren und dieses war ein 1½ Jahre altes syphilitisches und rhachitisches Kind.

Die Behandlungsmethode bestand in 2stündlichen Pinselungen mit einer 5% Chinolinlösung und in stündlichen Spülungen des Rachens mit einer Chinolinlösung von 1: 500.

Behandelt wurden so
28 Pat. von denen 15 starben, also 53%
davon kommen a. d. fibr. Form. 19, » 6 » 31,6%
» » » phleg. sept. » 9, » 9 » 100%

Wie wenig das Chinolin auf die Diphtheritis wirkt, davon konnte ich mich bei einer kleinen Pat. überzeugen, die am linken Knie an Hautdiphtheritis litt. Trotzdem auf dieser kranken Stelle immerfort 5% Chinolincompressen lagen, nahm der diphth. Process unter den Compressen stets an Umfang zu.

Auch dieses Mittel hatte mich im Stich gelassen; deshalb ging ich schnell zu einem anderen über. Dieses Mal wählte ich das Resorcin, mit dem Andeer 222 Fälle von Diphtheritis behandelt haben will, ohne einen Todesfall verzeichnen zu müssen.

Mit einer 10% Lösung wurden die erkrankten Stellen 2stündlich gepinselt und mit einer 1% Lösung stündlich gespült.

Von 10 Pat. mit der fibrin. Form starb. 2=20%
» 19 » » » phleg. sept. » » 17=89,4%
i. Ganz. 29 Pat. davon starben 19=65,5%

Also wieder eine Enttäuschung!

Jetzt wurde das Brom angewandt, mit dem Schulz 36 Pat. ohne Todesfall behandelt haben will und Hiller von 50 Pat nur einen verloren hatte. Die Behandlung bestand in 2 stündlichen Pinselungen des Pharynx mit einer Bromkalilösung von 0,5—1,0 auf 200,0 und Inhalationen einer Bromlösung von 0,2 bis 0,4% halbstündlich bis stündlich.

Damit wurden behandelt 33 Pat. und starb. 23=69,7%
davon kommen a. d. fibr. F. 15 » » » 7=47%
» » » phl. sept. 18 » » » 16=88%

Also war ich wieder um eine Enttäuschung reicher.

Nun wurden Versuche mit dem Ol. Terebinthinae angestellt, welches von Bosse, Lange und Satlew gepriesen wurde. Letzterer hatte von 43 Pat. nur einen verloren.

Einige unserer Pat. erhielten 2 mal täglich zu 1 Theelöffel, wie es die genannten Autoren empfohlen hatten; andere bekamen zu 10 Tropfen stündlich, also 240 Tropfen in 24 Stunden. Ausserdem wurde allen Pat. der Rachen stündlich mit 3% Borlösung ausgespült.

Dabei hatten wir folgende Resultate:
fibrin. Form: 12 Pat., gestorben 1=8,3%
phlegm. sept Form 11 » » 9=82,0%
Im Ganzen 23 Pat. gestorben 10=43,0%

Also auch dieses Resultat war ein trauriges! Sie können sich denken, wie entmuthigend und deprimirend solche Erfahrungen auf jeden Arzt wirken können, der sich die grösste Mühe gegeben hat, um doch wenigstens in etwas diese furchtbare Mortalität herabzudrücken. Zugleich wird man aber keinem Arzt es verargen können, wenn er nach solchen Erfahrungen gegen die so häufig als unfehlbar gepriesenen Mittel skeptisch wird.

Doch bei diesen Versuchen hatte ich Folgendes gelernt: Erstens, wie gut man mit den Spülungen des Rachens denselben rein erhalten und allen Schmutz herausschaffen kann, und zweitens, wie schonend man bei schweren Formen der Diphtheritis mit der Herzthätigkeit zu verfahren hat, um die drohende Herzparalyse nicht zu beschleunigen. So sollte einmal ein kleiner kräftig gebauter Bursche von 5 Jahren inhaliren. Ihm behagte unsere Behandlungsmethode sehr wenig und er währte sich dagegen nach Kräften. Er wurde von einer Wärterin auf den Schooss genommen und man versuchte ihm den Mund zu öffnen. Er machte die grössten Anstrengungen, um sich der Wärterin zu erwehren, doch plötzlich hörte sein Widerstand auf und er war eine Leiche. Ein anderes Beispiel: die 4jährige Tochter eines Collegen lag auf der Diphtheritisabtheilung mit Diphtheritis der Pharynx und Larynx. Da die Stenose stetig zunahm, so entschlossen wir uns, auf den Rath von Dr. Rauchfuss, das Kind zu tracheotomiren. Das Kind wollte nicht aus dem Bette und als es schliesslich mit Gewalt auf den Tisch hingelegt wurde, so hörte es plötzlich auf zu athmen. Die in kaum einer Minute ausgeführte Tracheotomie und die eingeleitete künstliche Respiration blieben erfolglos. Das Kind war der Herzparalyse erlegen, da die Larynxstenose gar nicht bedeutend war. Aus diesen Erfahrungen, die auch von anderer Seite gemacht worden sind, habe ich mir die Lehre gezogen, schwere Diphtheritiskranke möglichst schonend zu behandeln.

Ich muss aber hier zu meinen Zahlen noch hinzufügen, dass die Larynxdiphtheritis hier miteingerechnet wurde. Diese kommt bekanntlich meist bei der fibrinösen Form vor und verschlechtert die Prognose derselben sehr bedeutend. So starben mir von 95 Pat. mit Larynxdiphth. 69 also 72,6%, welches Procentverhältniss dem der schweren Form sehr nahe kommt.

Doch nach diesen meinen Resultaten darf man sich noch kein Bild machen von der damalige Epidemie, denn aufgenommen wurden meist nur die schwereren Fälle, die anderen wurden ambulatorisch behandelt. Natürlich war bei letzteren das Resultat ein bei weitem besseres. An-

geben lässt sich dasselbe aber nicht einmal annähernd, weil die amb. Pat. häufig fortbleiben und man über ihr ferneres Schicksal weiter nichts erfahren kann.

Erlauben Sie mir nun, meine Herren, Ihnen in Kürze die Resultate vorzuführen, die im Elisabeth-Kinderhospital bei der Diphtheriebehandlung in den Jahren 1867—1890 erzielt wurden, und die zum Theil von Dr. Woronichin schon veröffentlicht, theils von mir nach den Jahresberichten zusammengestellt worden sind.

Um Ihnen die Uebersicht zu erleichtern, sind die Ergebnisse dieser Zusammenstellung auf dieser Tafel notirt.

Zusammenstellungen von Dr. Woronichin 1867—1886.

Mortalitätsproc.:

	Gesammt. %.	fibrin. Form	phlegmon. sept. Form
Acid. mur . . .	21,4%	15,4%	100, %
Aq. Chlori. . .	33,3	23.	100.
Mixt. Wissi . .	34,2	21,9	100.
Dec. Chinae . / Aq. Chlor. .	45,4	40	100.
Natr. benz. . / Natr. salicyl.	46,1	22,2	100.
Chinin	47,	35,7	100.
Natr. chlorat. / Calomel . .	47,5	16,6	100.
Ol. Martis . .	51,1	30,3	87,5
Thymol . . .	54,5	43	92,8
Gemischte Beh. .	59,5	41,9	93,7
Kali chlor. . .	62,5	60,5	100.

Die Gesammtzahl der Kranken betrug 442, davon litten an der fibrin Form.: 340 mit 40,3% Mortal.
unter diesen dipht. phar. 279 » 29,3% »
» » dipht. phar. et lar. . . 61 » 88,5% »
an der phlegm.-sept. Form. 102 » 93,2% »

Von mir nach den Jahresberichten zusammengestellt:

1887. Therapie: Ol. Tereb.
137 Fälle, davon starben 60=44%.
Dipht. phar. . . . 86, gest. 24.
» » et nas. 14, » 10.
» » et lar. 27, » 20.
» laryng. . . 2, » 2.

1888. Therapie: theils Ol. Mart., theils Salol.
78 Fälle, gest. 31=39,7%.
Dipht. phar. . . 53, gest. 13.
» phar. et lar. 17, » 13.
» » » nas. 7, » 5.

1889. Therapie: Ol. Mart.
52 Fälle, gest. 19=36,5%.
Dipht. phar. . . 35, gest. 8.
» » et nas. 4, » 4.
» » » lar. 10, » 6.

1890. Therapie: Ol. Mart.
55 Fälle, gest. 27=49%.
Dipht. phar. . . 43, gest. 18.
» » et nas. 3, » 3.
» » » lar. 9, » 7.

Die hier angeführten Methoden sind alle an einer bald mehr bald weniger grossen Anzahl von Pat. erprobt; Behandlungsmethoden, die nur an wenigen Kranken durchgeführt wurden, habe ich hier nicht weiter berücksichtigt.

Sie sehen, dass auch hier die Resultate viel zu wünschen übrig lassen. Man kann aber hier nicht umhin, den Eifer und die Unverdrossenheit meiner Specialcollegen zu loben, mit denen sie, trotz so vielfacher Enttäuschungen, immer von Neuem die als unfehlbar angepriesenen Mittel versuchten.

Ich will hier gleich bemerken, dass ich durchaus nicht nihilistisch zur Frage der Therapie der Diphtherie stehe und fest überzeugt bin, dass so mancher von unseren Pat. durch die Behandlung dem Tode entrissen wurde, Jeder, der auf einer Diphtherie-Abtheilung thätig gewesen ist, verfügt sicher über eine oder auch mehrere Behandlungsmethoden, von denen er hofft, so manchem Kranken damit helfen zu können, doch ebenso fest bin ich auch überzeugt, dass keiner von den erwähnten Collegen über ein Mittel verfügt, auf dessen Wirksamkeit er sich verlassen kann.

Jetzt will ich zur Besprechung der Methode von Dr. Masing übergehen und will mich an seinen Vortrag halten, der in der St. Petersb. med. Wochensch. Nr. 33, 1891 abgedruckt ist. Diese Methode besteht darin, dass die Mutter darauf angewiesen ist, bei jedem Unwohlsein des Kindes den Hals zu untersuchen und, sobald sie dort irgend einen weissen Fleck findet, sofort mit einer 2% spirituösen Carbollösung alle 2 Stunden Tag und Nacht die kranke Stelle zu pinseln. Nun, wir wissen es ja, wie schwer es mitunter fällt, genau zu bestimmen, ob auf einer Mandel blos Schleim oder ein wirklicher Plaque sich befindet und ich glaube nicht, dass dieses den Müttern leichter gelingt, als uns. Wie häufig wird man zu einem Pat. gerufen, bei dem auf den Mandeln weisse Flecke gesehen worden sind, die sich dann einfach als Schleim erwiesen haben. Ferner sind ja die Acten darüber noch nicht geschlossen, ob es nicht auch fibrinöse Beläge im Pharynx geben kann, die nicht diphth. Natur sind; ich will hier nur auf die Arbeiten von Prof. Wagner [2]) und Löffler [3]) und auf die Ausdrücke: croupös, diphtheroid und Pseudo-Diphtherie verweisen. Zugleich möchte ich hier noch die Untersuchungen von Baginsky anführen aus dem neuen Kaiserin Friedrich-Kinderhospital in Berlin. Alle seine Diphtheritiskranken wurden auf den Löffler'schen Bacillus untersucht, von 93 Pat. hatten ihn 68 aufzuweisen und bei 25 fehlte er. Von den ersteren 68 starben 27 also 40% und von den letzteren 25 nur einer und dieser hatte auf der Abtheilung den Löffler'schen Bacillus acquirirt. Sie sehen also, dass nicht jeder weisse Fleck auf der Tonsille gleich Diphtherie bedeutet.

Nun kann die Diphtheritis auch im Kehlkopf, im Nasenrachenraum oder in der Nase beginnen. Dr. Masing meint, man könnte durch die Rhinoskopia post. erkennen, ob Beläge im Nasenrachenraum wären und im gegebenen Falle auch dort local behandeln, also auch 2stündlich pinseln. Dagegen möchte ich Folgendes anführen: Die Rhinoskopia post. ist bei Kindern eine sehr schwierige Untersuchungsmethode und dürfte bei einem Kinde mit entzündeter Pharynxschleimhaut kaum ausführbar sein. Aber gesetzt den Fall, man könnte bei einem Pat. Beläge im Nasenrachenraume finden, so würde man durch so häufiges Pinseln des Nasenrachenraums auch das sanfteste Kind bald aus Rand und Band bringen. Was aber die Diphtheritis des Kehlkopfs betrifft, so haben auch die begeistertesten Anhänger des Pinselns sich noch nicht daran gemacht, oder falls sie es gethan haben, so haben sie darüber wohl weislich geschwiegen. Ich würde es auch Keinem rathen, denn durch solch eine Behandlungsmethode könnte man leicht die Sterblichkeit der Larynxdiphtherie auf 100% bringen.

Dann glaubt Dr. Masing bei Erkrankungen der Nase durch Eingiessungen von Borsäurelösung in die Nase und durch beständiges Riechen an concentrirten Carbollösungen zweckmässig die Krankheit zu bekämpfen.

Nun ist leider die Nase bei Diphth. derselben meist vollkommen verstopft. Die Kinder können durch dieselbe nicht Athmen, also auch nicht riechen! Deshalb wird ja auch empfohlen, mit

[2]) Wagner: Zur Kenntniss der Diphtherie und ähnlicher Erkrankungen des Gaumens. Jahrbuch für Kinderheilkunde B. XXIII.

[3]) Berl. klin. Wochenbl. 1891.

Sonde und Pincette den unteren Nasengang frei zu machen. Dieses gelingt aber auch nur bisweilen und dann bleiben doch alle übrigen Theile der Nasenhöhlen vollkommen unerreichbar. Deshalb wird auch die Diphtheritis der Nase von den Aerzten so sehr gefürchtet. Ausserdem glaube ich nicht, dass man durch blossen Carbolsäuregeruch dem Diphtheriebacillus viel anhaben kann. Derselbe kann schon etwas mehr vertragen.

Was endlich das Pinseln der Tonsillen betrifft, so darf man sich von demselben auch keine zu grossen Illusionen machen. Die Tonsille stellt keine glatte Oberfläche dar, sondern zeigt häufig recht tiefe Lacunen, deren Mündung sehr eng sein kann. Pinsele ich nun die Mandel, so bleiben doch diese Vertiefungen alle verschont, zumal der Schleim und die Eiweissstoffe, welche die entzündete Mandel bedecken, durch den Carbolspiritus coagulirt werden und nun als schützender Pfropf die Mündung solcher Lacunen verlegen.

Sie sehen also, m. H., dass diese Methode bei Erkrankungen des Kehlkopfs, des Nasenrachenraums und der Nase nicht viel helfen kann und selbst bei Erkrankungen der Tonsille auch nicht jeder Kritik Stich hält.

Dr. Masing erklärt die grosse Sterblichkeit in den Hospitälern dadurch, dass die Kinder meist am 2 oder 3 Tage ins Hospital kommen und dann sei es schon zu spät. Darauf habe ich folgendes zu erwiedern: Es kommen eine ganze Anzahl Kinder schon am ersten Tage der Erkrankung in's Hospital und ferner haben wir ja leider sehr häufig in den Kinderhospitälern Hausepidemien. Ich will hier gleich den Einwand vorweg nehmen, dass wir es hier mit schon kranken Kindern zu thun haben. Viele Krankheiten, wie ein Kopfekzem oder blos schwache Demenz, werden schwerlich einen Einfluss auf den Verlauf der Diphtheritis haben.

Dann muss ich hier gerade die schwersten Formen der Diphth. erwähnen. Bei diesen ist schon in den ersten Stunden der Erkrankung eine starke Schwellung des peritonsillären Gewebes vorhanden mit schneller Verbreitung auf die Lymphdrüsen und das Unterhautzellgewebe des Halses. Da sieht man in den ersten 12 Stunden kaum einen Belag und schon hat sich die Schwellung auf den grössten Theil des Halses ausgebreitet und damit ist auch das Todesurtheil des armen Pat. unterschrieben. Da möchte ich doch fragen, wo sollen wir hier pinseln und was können wir vom Pinseln oder jeder anderen Localbehandlung hoffen oder erwarten?

Wenn Dr. Masing glaubt, das so ängstliche Trennen der Gesunden von den Kranken könne bei seiner Behandlungsmethode unterlassen werden, so will ich nur an einen Collegen erinnern, der vor etlichen Jahren hier im Verein behauptet hat «er habe mit Cyan-Hg die Diphtheritis fest!» Das waren seine Worte. Als er bald darauf in einer Familie einen 9 Jahre alten Knaben zu behandeln hatte, so hielt er es auch für unnütz, die Gesunden von dem Kranken zu trennen. In einigen Tagen hatte die Diphtheritis einen 14jährigen Bruder und die Mutter des Pat. ergriffen und in einer Woche waren alle Drei todt!

Ich halte sonst die Behandlungsmethode von Dr. Masing für die Privatpraxis für ganz praktisch, doch können solche Erfahrungen, wie die seinigen, nicht als Basis für eine wissenschaftliche Begründung dienen. Ich will hier nur an die Worte von Prof. Gerhard erinnern, die er auf dem Congress in Wiesbaden 1883 bei der Discussion über Diphtherie-Therapie gesagt hat: wenn man liest, dass in einer Epidemie mit einem Mittel 20, 30 oder 40 Fälle behandelt wurden, ohne dass jemand starb, so kann man logischer Weise aus solchen Mittheilungen kaum etwas Anderes schliessen, als dass das Mittel unschädlich war.

Zum Schlusse muss ich nochmals Dr. Masing danken für die Anregung der Discussion über die Therapie der Diphtherie, von der ich noch manches zu lernen hoffe. Doch Dr. Masing muss es uns Kinderärzten nicht übel nehmen, wenn wir an der Wirksamkeit seiner Methode so lange zweifeln werden, bis er uns an ganz genauen Krankengeschichten beweist, dass er Recht habe.

Bis dahin werden wir an diese Methode nicht glauben, weil sie uns keine neuen Gesichtspunkte bringt und weil wir das Alles schon selbst durchgemacht haben. Ich bitte das nicht als Nihilismus, um Dr. Masing's Worte zu brauchen, zu betrachten, sondern als einen gesunden und wohlberechtigten Skepticismus.

Herr Masing weist zur Erklärung der grossen Differenz zwischen seinen eigenen Erfahrungen und denjenigen des Herrn Lunin auf folgende Umstände hin: 1) er, M. beobachtete an Privatpatienten, L. dagegen an Hospitalkranken, mithin war das Material ein durchaus verschiedenes. 2) aus dem eben genannten Grunde hatte er, M. verhältnissmässig viel mehr mit ganz frischen Fällen zu thun, die vom ersten Beginn an in Behandlung genommen werden konnten. 3) L. hat weder mit Jod noch mit Carbolsäure gearbeitet, also nicht mit denselben Mitteln, welchen M. seine günstigen Resultate zu verdanken glaubt. Ferner bemerkt M.: dass er in keinem Falle den Nasenrachenraum oder den Kehlkopf gepinselt hat, dass die Diphtheriebacillen an der Oberfläche sich befinden und darum wohl auch in den Krypten der Tonsillen dem Medicamente zugänglich sein können, dass endlich auch riechende, d. h. flüchtige Stoffe wirksam sein können, wie z. B. die ätherischen Oele, die ja in Dampfform eminent antimykotische Wirkungen entfalten. (Experimente Löffler's mit in die Nase eingeführten, mit ätherischen Oelen gefüllten Glasröhrchen).

Herr Lunin hat bei Hausepidemien im Hospital allerdings auch Fälle im ersten Beginn zu behandeln gehabt; dieselben verliefen wie alle andern. Die Carbolsäure hat L. von Baginsky anwenden sehen, doch war die Sterblichkeit dadurch nicht geringer. Uebrigens hat L. so schwere Diphtheritis, wie hier in Petersburg, nirgend im Auslande zu sehen bekommen; dies gilt besonders von der hier so häufigen phlegmonös-septischen Form.

(Fortsetzung folgt im Protokoll der nächsten Sitzung).

Secretär E. Blessig.

Referate.

J. Hoffmann. Weitere Beiträge zur Lehre von der progressiven neurotischen Muskelatrophie. (Aus der medicinischen Klinik des Herrn Prof. Erb in Heidelberg (Deut. Z. f. Nervenheilkunde I Bd. III).

An die vom Verf. im Archiv für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten Bd. XX, aus der Literatur unter dem Namen «progressive neurotische Muskelatrophie zusammengestellten Krankheitsfälle reiht H. einige weitere theils eigene, theils fremde (Sachs, Vizioli u. A.) Beobachtungen. In allen Fällen zeigte sich familiäre Disposition. Der Beginn des Leidens fällt häufig in die Kindheit, aber auch das spätere Alter bleibt nicht verschont und zwar tritt Parese und Atrophie der Muskeln zuerst in den unteren Extremitäten auf mit Equinovarus-resp. Equinus-Stellung, später werden die oberen Extremitäten befallen, namentlich die kleinen Handmuskeln und schliesslich auch die Rumpfmuskulatur. Krämpfe und Muskelrigiditäten werden vermisst, meist auch fibrilläre Zuckungen. Die mechanische und elektr. Muskelerregbarkeit ist stark herabgesetzt und zwar bisweilen auch in scheinbar ganz gesunden Muskeln; constant Ea R. vorhanden. Das Verhalten der Sehnenreflexe wechselt, sensible und vasomotorische Störungen fehlen in keinem Falle. Blase, Mastdarm und Psyche intact.

Diesen scheinbar typischen Fällen reiht H. weitere Beobachtungen (2 eigene und 3 fremde) an, wo das Leiden von den oberen Extremitäten seinen Ausgang nahm und erst später die unteren Extremitäten und das Gesicht in Mitleidenschaft gezogen wurden. Aus diesem Grunde hält Verf. den aus Amerika vorgeschlagenen Namen «peroneal form or leg-type of progressiv muscular atrophy» unter dem auch Sachs seine Beobachtungen beschrieben hat, für unzweckmässig.

Einige zur Section gekommene Fälle ergaben von der Peripherie zum Centrum abnehmende Veränderung der Nervenstämme und Ergriffensein der Goll'schen Stränge; ob das Rückenmark oder die peripheren Nerven primär erkranken, lässt Verf. unentschieden; er hält aber den Process in den Nervenstämmen für eine Degeneration im Gegensatz zu Eisenlohr, welche reine interstitielle Neuritis annimmt. Verf. corrigirt die von ihm gewählte Benennung der Krankheit in «progressive neurale Muskelatrophie». Kusick.

O. Lassar und Friedländer: Zur Erysipelimpfung. (Refer. a. d. deutschen med. Wochenschrift Nr. 29. Monatshefte f. prakt. Dermatologie Bd. XIII Nr. 5. 1891).

Verf. stellten zuerst mit in strömendem Dampf sterilisirter Erysipelstreptokokken-Culturen Thierversuche an Kaninchen an, die stets nur locale Reaction an der Impfstichstelle ergaben. Daraufhin injicirte sich Friedländer selbst auf das 10fache verdünntes Filtrat in den Arm. Nach 5 Stunden entstanden an der Injectionsstelle ziemlich heftige Schmerzen, Röthung und Schwellung in der Grösse eines 5Markstückes. Kein Fieber. Am nächsten Tage Steigerung dieser Symptome; dazu kamen Kopfschmerz, Appetit- und Schlaflosigkeit. Kein Fieber. Nach 48 Stunden Rückgang der Erscheinungen, am 5. Tage normaler Zustand. Jetzt wurden die Injectionen einem Kranken gemacht, um die bekannte Wirkung des Erysipels auf gewisse Tumorarten zu beobachten. Es wurden sowohl am Orte der Erkrankung, als auch an anderen Localitäten Injectionen gemacht; dieselben wurden bei einem Fall von Lupuscarcinom vorgenommen. Die Symptome waren dieselben. Sie nahmen mit jeder folgenden Einspritzung an Stärke ab. Allgemeinerscheinungen traten nie auf, aber es wurde auch kein therapeutischer Erfolg erzielt. E. Kroug (Hungerburg-Narva).

Vermischtes.

— Die Gesellschaft Rjasanscher Aerzte hat den früheren Moskauer Professor der Chirurgie Dr. Beszwetow, sowie die Professoren Sklifassowski und Erismann in Moskau zu Ehrenmitgliedern gewählt.

— Am 29. Januar beging der Arzt bei der Verwaltung der St. Petersburger Comandantur, Dr. A. N. Duschinkin, das 25jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit.

— Bestätigt als ordentliche Professoren: die ausserordentlichen Professoren der Moskauer Universität Vogt (Patholog), Ostroumow (Therapeut) und Manssurow (Dermatolog und Syphilidolog), sowie der Professor der Charkower Unversität M. A. Popow (Anatom) und der Professor der Warschauer Universität Nikolski (Pharmakolog).

— Ernannt: der ausseretatmässige ausserordentliche Professor der Moskauer Universität Dr. Maklakow — zum etatmässigen ausserord. Professor auf den Lehrstuhl der Ophthalmologie daselbst und der Privatdocent derselben Universität, Dr. Korssakow — zum ausseretatmässigen ausserord. Professor auf dem Lehrstuhl der Geburtshülfe und Gynäkologie.

— Verstorben: 1) Am 1/13 Februar verschied in St. Petersburg Dr. Wilhelm Junker. Die eingehende Würdigung des verehrten Mannes als Forscher gehört einer competenten Feder an; da der Verstorbene aber seinem Bildungsgange nach auch zu uns Medicinern gehörte, so sei es mir gestattet hier seiner zu gedenken. Junker war in Göttingen zum Dr. med. promovirt worden und wollte in Dorpat das Staatsexamen ablegen um den ärztlichen Beruf antreten zu können. Sein Sinnen und Trachten ging aber danach, reisen zu können, sich ganz der Erforschung von Ländern und Menschen hinzugeben; dieser Neigung fehlte absolut jeder abenteuerliche Zug: die ihm eigne Gewissenhaftigkeit im Thun und Lassen, der Zweifel an seiner Leistungsfähigkeit als Forscher, den ihm die Schlichtheit und Bescheidenheit seines Wissens dictirten, schufen einen Conflict mit dem Studium zu einem ihm unsympathischen Beruf, der ihm Jahre unfruchtbarer Arbeit kostete. 1869 begab Junker sich nach Island und erprobte hiebei quasi seine Flugkraft für Beharrlichkeit und Energie. Jetzt war er für die Medicin verloren und er ergriff die Gelegenheit, 1872 Professor Wilmanns nach Tunis zu begleiten; da die Aufgabe der Expedition des Letzteren specielle Zwecke, archäologisch historischer Forschung, verfolgte, so kehrte J. bald nach Tunis zurück und blieb dort, die arabische Sprache lernend und Streifzüge in die Regentschaft unternehmend, bis in's Jahr 1873. Die Vorbereitungen zu den beiden grossen Afrikareisen und die Rückkehr von denselben sind allen seinen Freunden in lebhafter Erinnerung. Die furchtlose Energie beim Ausführen des Beschossenen und die herzgewinnende Anhänglichkeit eines edlen zarten Gemüthes an die Seinigen, an die Freunde, machten Junker gerade so überaus sympatisch und gewannen ihm nur Freunde in allen Zonen wo er weilte, in allen Gesellschaftsklassen, die er berührte. Auf einem Ausflug nach Egypten begriffen, wollte es ein gütiger Zufall, dass ich Junker, der zu seiner zweiten Reise nach dem Süden zog, in Wien traf; über Triest gingen wir nach Alexandrien; die Seefahrt und 2 Wochen, die ich in seiner Gesellschaft in Alexandrien und Kairo zubrachte, werde ich stets in schönster Erinnerung bewahren. Junker hatte sich stets einer tadellosen Gesundheit erfreut, erst nach seiner Rückkehr von der zweiten Reise im Jahre 1886 constatirte ich bei ihm als Residuen von Malaria eine grosse Milz und etwas vergrösserte Leber mit derb anzufühlendem unebenen Rande. Sein Ernährungszustand war aber gut, sein subjectives Befinden tadellos. Während der Verarbeitung seines Werkes in Wien hatte er wohl gelegentlich kurzdauernde Fieberanfälle, aber sein Befinden blieb ungetrübt. Ende October vorigen Jahres traf Junker zum Besuche seiner Verwandten hier ein; nach etwa 3 Wochen erkrankte er an Influenza; die katarrhalischen Erscheinungen waren geringfügig, aber neuralgische Beschwerden verschiedener Gebiete liessen ihn während zweier Wochen relativ viel leiden. Bei Besserung aller Erscheinungen trat Mitte December Exophthalmus des linken Auges mit bald darauf folgender Schwellung der linken Schläfengrube ein. Ohne Schmerzen zu verursachen nahm dieselbe rasch zu, der Exophthalmus wurde stärker und es liess sich als seine Ursache nun ein weicher, fast fluctuirender, mit der Schwellung in der Schläfengrube zusammenhangender Tumor im äusseren Theil der Orbita nachweisen, dessen Malignität durch eine bald auftretende Metastase an der rechten Linea temporalis und stetig stärker werdende Pulsationserscheinungen am Exophthalmus bereits am 10. Jan. a. c. fast ausser Frage gestellt wurde. Diese ganze Zeit über klagte der Kranke hauptsächlich über Schmerzen in der Lumbalgegend und fanden Abends leichte Temperatursteigerungen statt. Die Diagnose auf Sarkom wurde nur zu bald durch den weiteren Verlauf bestätigt; es trat bedeutende Schwellung des Unterleibes mit zunehmendem Ascites auf, die erwähnten Tumoren wuchsen rasch und es traten neue Metastasen, zwei kleine Tumoren, am Occiput auf; nun verfielen die Kräfte, der Ascites stieg bedeutend und bereits am 28. Jan. schwand das Bewusstsein; am 1. Febr. Morgens erfolgte der Tod. die Section ergab in Kürze Folgendes: Bedeutende Menge von Ascites (22 Pfd.) die Leber und die Wurzel des Mesenterium ganz durchsetzt von kleinen weichen Sarkomen; die Milz vergrössert, aber nicht hart, zeigt derbe schwielige Verdickung der Kapsel. Nieren, Lungen, Herz normal; Aortaatheromatös. Auf der Dura mater kleine weiche Sarkome, von denen eines das Schädeldach durchbrochen hatte. In dem äusseren Theil der linken Orbita ein wallnussgrosses Sarkom, das durch die Fissura arbitalis inferior in die Schläfengrube gewuchert war. Die mikroskopische Untersuchung der Tumoren stellte ihren Charakter als ungemein gefässreiche Sarkome fest.

Viele, sehr Viele trauern um den Verlust dieses seltenen Mannes. Dem grausamen Geschick gegenüber mag es Trost gewähren, dass er seine Arbeit, das Facit seines Lebens, zu Ende geführt hatte; das noch geplante Otium cum dignitate war ihm nicht mehr vergönnt und wer mag sagen, ob es ihm die erhoffte Ruhe und Befriedignng geboten hätte. Ein hohes Maass der Anerkennung ist seinen Leistungen geworden; seiner unvergesslichen, liebenswürdigen, treuen Persönlichkeit aber denkt Jeder mit Liebe, dem es vergönnt war, ihm nahe zu treten. Friede seiner Asche! Dr. A.

2) Am 30. Januar in Odessa der ältere Ordinator des dortigen Stadt-Krankenhauses Dr. J. Smortchewski. Er ist während eines Aerzte-Consiliums im Dujourzimmer des Hospitals plötzlich verschieden, nachdem er fast 35 Jahre hindurch als Arzt am genannten Hospital gewirkt hat. 3) In Menschinsk der dortige Stadtarzt W. P. Kowalew, welcher vor 5 Jahren den Cursus in Kasan absolvirt hat. Er hat seine Frau mit 3 kleinen Kindern ganz mittellos hinterlassen. 4) Der Chef der Sanitätsabtheilung, welche aus Kasan in den Ziwilskischen Kreis zu den Nothleidenden geschickt worden ist, Dr. St. M. Winogradow, am Flecktyphus. 5) Am 1. Januar der Landarzt im Gouv. Minsk N. Arssenjew an Phthisis. 6) Der Oberarzt des Ura-Tubinsk'schen örtlichen Militärlazareths Ssolski. 7) In Berlin der Herausgeber und Redacteur der bekannten «Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung», Dr. Heinrich Rosenthal, im 58. Lebensjahre an den Folgen der Influenza. Der Hingeschiedene war bereits seit 1864 Mitredacteur und seit 1868 einziger Redacteur dieser weitverbreiteten Zeitschrift. Besondere Verdienste hat sich derselbe auch als Gründer und langjähriger Geschäftsführer der Centralhülfskasse für die Aerzte Deutschlands erworben. 8) In Amerika der bekannte Arzt Dr. Henry Bowditsch im 84. Lebensjahre, Der Verstorbene war einer der Ersten, welcher in Amerika die Percussion und Auscultation anwandte und der Erste der die Operation des Empyems (noch vor Dieulafoy) ausführte und in einer besonderen Brochüre empfahl.

— Die neu gegründete Gesellschaft der Kinderärzte in Moskau hat am 6. Februar ihre Thätigkeit eröffnet und zu ihrem Präsidenten Prof. N. Filatow, zum Vicepräsidenten Dr. L. Alexandrow, zum Secretär Dr. L. Hippius und zum Cassirer Dr. W. Dreyer erwählt.

— Der im vorigen Jahre verstorbene Leib-Accoucheur Dr.

Ettlinger hat, wie der «Kiewljanin» mittheilt, der Bauerngemeinde seines Gutes im Uman'schen Kreise 3000 Rbl. zur Errichtung einer Gemeindebank vermacht. (Wr.).

— Am 14. Februar d. J. begeht die Privatheilanstalt für Geisteskranke des Dr. Frey hieselbst das 25jährige Jubiläum ihres Bestehens.

— Prof. O. Eversbusch in Erlangen (Glückstrasse 10) hat die Referate über die Fortschritte der Augenheilkunde in Virchow-Hirsch's Jahresberichten über die Leistungen der Medicin übernommen und ersucht daher alle Augenärzte ihm alle ihre Arbeiten von jetzt ab zusenden zu wollen.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 18. Februar.

Дозв. ценз. Спб. 14 Февраля 1892 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 8 St. Petersburg, 22. Februar (5. März) 1892

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 10. December 1891.

Zum Protokoll der vorigen Sitzung bemerkt Herr Dombrowsky, es sei nicht bewiesen, dass in den von Herrn Selenkow mitgetheilten Fällen das ursprünglich eitrige Pleuraexsudat nach der Thorakotomie zu einem «serösen» geworden sei; man könne ein solches Secret nur als «schleimig-eitrig» bezeichnen, da das Mikroskop darin stets auch Eiterzellen nachweise. Herr Selenkow erhält demgegenüber auf Grund des mikroskopischen Aussehens des Secretes, welches demjenigen eines serösen Pleuraexsudates ganz gleich ist, den Ausdruck «serös» aufrecht.

1. Herr Openchowsky stellt einen 25j. Patienten vor, früheren Arbeiter in einer Branntweinbrennerei; derselbe bietet folgende Symptome dar; Ataxie, welche bei Augenschluss stärker wird, Störung der Sensibilität der Haut und des Muskelsinnes, Verspätung der elektrischen Empfindung, doppelseitige Lähmung des Oculomotorius, welch' letztere von Herrn v. Schroeder, der den Pat. früher im Augenhospital beobachtet hat, entschieden für central, und zwar für nucleär erklärt wird. Wahrscheinliche Diagnose: hämorrhagische Entzündung der Oculomotoriuskerne und periphere Neuritis, beides bedingt durch Alkoholvergiftung. (Der Fall soll ausführlich veröffentlicht werden).

Herr Kallmeyer meint den Fall für Tabes dorsalis halten zu sollen und zwar «Tabes luetica»; dafür sprechen: die in der Anamnese erwähnte anfängliche Steigerung der Potenz, und nachherige Abnahme derselben, die Ataxie, die Sensibilitätsstörungen und die Augenmuskellähmung.

Herr Openchowsky weist darauf hin, dass es sich auch bei der Tabes um eine «ascendirende Neuritis» der sensiblen Bahnen im Rückenmark handle, und dass auch die periphere Alkoholneuritis mit einem gewissen Rechte als eine «Tabes alkoholica» bezeichnet werden könnte. Für seine Diagnose führt O. ferner noch Folgendes an: Lues scheint nach der Anamnese nicht vorhanden zu sein, dagegen ist jahrelange Alkoholwirkung (2 Flaschen Schnaps täglich!) constatirt; es bestehen Schmerzpuncte in den Gelenken, wie solche für die alkoholische Neuritis charakteristisch sind. Herr v. Schroeder betont, dass aus der vorhandenen Augenmuskellähmung ein Schluss auf die Aetiologie dieses Falles nicht zu ziehen sei; bei der Tabes können die verschiedensten Lähmungen vorkommen. Herr Openchowsky verweist auf die Arbeiten von Koshewnikow und Korssakow, welche Autoren nucleäre Lähmungen zugleich mit alkoholischer Neuritis beobachteten (Verhandl. d. IV. Congresses russischer Aerzte).

2. **Fortsetzung der Discussion über die Behandlung der Diphtheritis.**

c) Herr Masing: Zur Ergänzung der Mittheilung über meine Behandlungsmethode der Diphtheritis (Protokoll des deutschen ärztl. Vereins v. 14. Jan. 91, Nr. 33 der St. Petersb. med. Wochenschrift 1891) mögen folgende Daten dienen:

Im Juni 1883 starb Frl. L. S. an Diphtheritis, die ich nach Schummer mit Jodpinselungen behandelt hatte. Seitdem fing ich an, mit der 2% spirituösen Carbolsäurelösung 2—3 stündlich Tag und Nacht alle Fälle zu bepinseln und zwar in den ersten Jahren vom Herbst 1883—Januar 1887 nur die Fälle, wo mir die Beläge im Rachen irgend verdächtig waren; schienen mir die Flecke sicher den Charakter der folliculären Angina zu haben (nur auf den Mandeln zahlreiche kreisrunde anfangs nicht confluirende Flecke), so behandelte ich indifferenter. In den 3½ Jahren wurden 29 Kranke mit Carbol behandelt. Von diesen starben 3, die 5jährige Ruhlin, der 13jährige Vogel und die 8jährige Ackermann. Zur Ruhlin, in die mir bisher fremde Familie, wurde ich am 20. Octob. 1884 gerufen und fand schwere Rachen- und Nasendiphtheritis mit diffuser Infiltration der Submaxillargegend beiderseits mit ganz schwachem Pulse 144 bei 37,2. Das Kind war schon mehrere Tage krank gewesen, aber die Eltern hatten keine ärztliche Hülfe gesucht. Nach 24 Stunden war sie todt an Herzlähmung. Moschus und Tokayer hatten ebensowenig den Collaps, als die

Carbolpinselung den örtlichen Process bekämpfen können. Den Pat. Vogel sah ich am 7. April 1886 zum ersten Mal. 2 Tage hatte er schon Halsschmerzen, die er den Angehörigen verheimlicht hatte. Jetzt hochgradige Diphtheritis, beide Mandeln und ein Theil der hinteren Rachenwand sind belegt. Chinin, Wein, Milch und 2stündl. Pinselungen mit Carbolspiritus. Am 8. April 39,8. Jetzt deutliche Nasendiphtheritis hinzugekommen mit Schwellung der Submaxillargegend. Hier Jodoformcollodium. Im Uebrigen fortgesetzt dieselbe Behandlung. 9. April rasche Zunahme der Diphtheritis in der Nase bis zu den vorderen Nasenlöchern und auf dem Zäpfchen und ganzen Rachen.

10. April 38,0—38,3. Puls 120—124 voll. Die Diphtheritis hat auch den harten Gaumen eingenommen, aber die Infiltrationen am Halse nehmen ab. Sublimat innerlich $^1/_2$stündlich $^1/_{32}$ Gran.

11. April deutliche Besserung in allen Beziehungen; 37,3. P. 116 kräftig. Die diffuse Infiltration des Halses durchaus weicher und begrenzter. Die Beläge im Rachen gelber, flüssiger und dünner. Nase noch voll.

Ohne irgend einen Grund anzugeben, liess der 13jährige, überhaupt ganz zuchtlos aufgewachsene Knabe von nun an gar keine Behandlung zu, nahm nichts ein, gurgelte nicht und schlug um sich, wenn man ihm mit irgend einem Vorschlage nahte. Er war bei vollem Bewusstsein und duldete auch keinerlei Untersuchungen. Er starb 24 Stunden nach Beginn seiner Widerspänstigkeit.

In diesen beiden Fällen konnte ich meine Behandlung erst beginnen, als schon mindestens 2 mal 24 Stunden vom Beginn der Krankheit vergangen waren und die Diphtheritis sich in beträchtlichem Umfange etablirt hatte. In diesem Stadium der Krankheit dürften wohl die meisten Patienten sein, die die Hospitalärzte in ihre Abtheilungen bekommen. Im Falle Vogel ging es vom 4. Tage der Behandlung ab durchaus besser und vielleicht wäre er genesen, wenn die Behandlung hätte fortgeführt werden können. Jedenfalls discreditirten diese Fälle in meinen Augen die Behandlungsmethode nicht.

Am 20. Januar 1887 wurde ich zur 8jährigen Käthe Ackermann gerufen. Vor wenigen Stunden war den sehr aufmerksamen Eltern die Erkrankung des Kindes aufgefallen. Mit grosser Sicherheit habe ich an dem Abende in mein Journalbuch geschrieben: Angina follicularis. Die plötzliche Fiebersteigung bis fast 40°, die Form der Beläge auf den Mandeln, die hochgradigen Schlingbeschwerden bestimmten mich dazu. Verordnung Chinin innerlich und Tannin mit Glycerin zum Pinseln. — Auch am anderen Tage heisst es: «Angina mit dicken Belägen doch nicht diphtheritisch», dieselbe Behandlung. Am 3. Tage, dem 22. Januar schreibe ich: «Temp. besser 38,5 als höchste. Mandeln sehr vergrössert, auf ihnen croupöse scharfbegrenzte Membranen in dünner Schicht — aber nur auf den Mandeln. Schlucken und Sprechen sehr erschwert, etwas Ohrenstiche». Dieselbe Behandlung und Kali chloric. innerlich. — Ich erinnere mich wie heute, wie mir schon an dem Tage unheimlich wurde, aber quasi unter dem Drucke der öffentlichen Meinung «man muss nicht Alles für Diphtheritis ansehen» blieb ich doch bei der indifferenten Behandlung.

Erst am 4. Krankheitstage ist mir die Diphtheritis zweifellos, da sie auf die Gaumenbögen übergeht. Nun fange ich an 2stündliche Carbolspirituspinselung Tag und Nacht, aber es ist zu spät. Die Nase und der Kehlkopf werden in rascher Folge ergriffen, die Tracheotomie am 6. Krankheitstage bringt Euphorie aber am 8. stirbt Pat. an Herzlähmung.

Also auch hier war die allein wirksame, energische Behandlung zu spät begonnen aber nicht durch fremde, sondern nur durch meine Schuld. Von diesem Januar 1887 an habe ich es mir zum Gesetz gemacht, jede Angina mit fibrinösen Exsudationen mit 2—3stündlichen Pinselungen der 2% spirituösen Carbollösung während Tag und Nacht zu behandeln und seitdem ist mir kein Todesfall in meiner Privatpraxis vorgekommen, während ich in derselben Zeit in demselben Terrain, in welchem ich hauptsächlich prakticire — Wassili-Ostrow — eine Reihe von Todesfällen an Diphtheritis gesehen habe, die von den erfahrensten und gewissenhaftesten Aerzten dort behandelt wurden, zu denen ich entweder zur Tracheotomie oder sonst zur Berathung gerufen wurde.

Während also in den Jahren von 1883—1887 c. 8 Fälle im Jahre von mir mit Carbolspiritus behandelt wurden, waren es 1887—28 Fälle, 1888—30, 1889—41 und 1890—32. Selbstverständlich wäre von diesen die allergrösste Mehrzahl auch bei jeder Behandlung genesen, aber dass darunter auch Fälle gewesen wären, die wie das Kind Ackermann verlaufen wären — davon bin ich wohl fest überzeugt. Um womöglich auch in Anderen diese Ueberzeugung wachzurufen, seien von den in Summa 160 Fällen vom Herbste 1883 bis Januar 1891 einige interessantere kurz skizzirt:

1. Alfred Baschwitz, 10 Jahre, erkrankt am 14. Sept. 1883, genesen am 22. Septbr. Gleich am ersten Tage weisse Beläge auf den Mandeln, Gaumenbögen und ein grösserer Fleck an der hinteren Rachenwand. Am 15. Fleck unverändert, eine Submaxillardrüse hart geschwellt. Am 17. deutliche Herzschwäche, Puls 60 ganz ungleich und aussetzend, der Fleck besser. Viel Wein, Arnica etc. Am 19. Herzschwäche überwunden, Fauces fast rein.

2. Elzinger 10 Jahre alt. Eben ist in Kolomägi ein 9jähriger Bruder gestorben, als die Eltern am 9. Juli 1884 den Neuerkrankten in die Stadt bringen und mir zur Behandlung übergeben. Auf beiden Mandeln grauweisse Fetzen, deren untere Grenzen nicht zu übersehen sind. Am nächsten Tage erkrankte noch ein junger Bruder ebenso. Abgesehen von vorübergehender Herzschwäche geht bei beiden die Heilung sehr schön vor sich; an der Uvula des älteren Bruders haftet der Belag sehr hartnäckig. Am 16. Juli beide rein.

3. Am 21. October 1884 war — wie vorher erwähnt — das Kind Ruhlin gestorben. Eine jüngere Schwester war gleich weit zu einer Verwandten gebracht worden. Während 4 Wochen wurde die Wohnung mit Maassnahmen desinficirt, die man damals für die besten hielt. Kaum war die Kleine nach Hause gebracht, so erkrankte sie am 28. Nov. 1884 an Diphtheritis faucium, die gleich bemerkt und mit Carbolpinselungen behandelt wurde. Genesung in 6 Tagen.

4. Am 26. November erkrankt der 4jährige Oscar Hartwich und gleich recht schwer. 40,3 und dicke Beläge auf der linken Tonsille und dem Zäpfchen. Am 27. Theile der hinteren Rachenwand belegt. Temperatur sehr hoch. Puls kräftig. Am 28. schreibe ich: «Ernster Zustand, Diphtheritis sehr verbreitet über alle Theile des weichen Gaumens und des Rachens. Aber Allgemeinbefinden gut und keine Phlegmone des Halszellgewebes». Am 29. Temp. 38,0—39,5. Puls etwas schwächer und Momente der Angst. Fauces etwas reiner. Viel Wein. Pinselungen etwas seltener. Am 30. 39,4—38,4. Puls 120 kräftig. Lösung der diphtheritischen Massen. Am 1. December schält sich die Uvula in toto, der croupöse Abguss derselben ist wie ein kleiner Fingerhut. Von da ab stete Besserung, aber erst am 11. December ist er ganz rein und bei guten Kräften.

5. Am 30. October 1887 erkrankt der 7jährige Hans Findeisen an Angina mit Belag der rechten Mandel. Das Fieber dauert nur einen Tag und bei dem einen Flecke auf der rechten Mandel bleibt es, der nach 4 Tagen auch schwindet. 4 Wochen später tritt Accomodationsstörung ein, die Dr. Schröder als von einer vorhergegangenen Diphtheritis abhängig erklärt.

6. Rud. Böhtlingk, stud. med., erkrankt am 23. August 1888. Die Beläge sind sehr dick und weichen trotz

ununterbrochenen 2stündlichen Pinselungen bald über den weichen Gaumen und die hintere Rachenwand. Aber am 26. (4. Krankheitstag) nehmen sie schon ab und da die wunde Schleimhaut sehr empfindlich ist, so gestatte ich, dass in dieser Nacht nur einmal gepinselt werde. Gleich am andern Tage Recidiv über die ganze Fläche. Unter neuerdings regelmässigen Pinselungen geht die Reinigung in dauernde Heilung über.

Herr Lunin bemerkt hierzu, dass die soeben mitgetheilten Fälle sämmtlich noch zu der leichten (fibrinösen) Form der Diphtheritis zu zählen sind; unter M.'s Fällen finden sich überhaupt keine von der malignen (phlegmonös-septischen) Form; bei der letzteren ist die Localbehandlung machtlos, oft auch gar nicht möglich, da die Pat. schon zu Grunde gehen, ehe noch die Plaques im Rachen sich entwickelt haben. Nicht anwendbar ist die von M. empfohlene Behandlung ferner bei Diphtheritis des Larynx und der Nase.

---

d) Herr M o s s i n (Nicolai-Kinderhospital): Das Material, welches ich in Bezug auf die uns beschäftigende Frage bringe, stammt aus dem Nicolai-Kinderhospitale und ist den jährlich erscheinenden Berichten der betreffenden Abtheilungen entnommen. Es umfasst die Jahre 1882—1890 und eine Zahl von 1819 Kranken, mit wenigen Ausnahmen im Alter von 3—14 Jahren. 714 von diesen Kranken wurden von Herrn Rudolf v. Rücker behandelt (1882—84), 812 von mir (1885—89), 247 von Herren Oscar Witt und Alexei Schneidemann (1890), 46 mit Affection des Larynx von Herrn K o c h (verstreut über alle diese Jahre) Von den 1819 Kranken, welche wir während der oben genannten 9 Jahre hatten, genasen 1280, starben 539, was ein Mortalitätsprocent von 29,6 ergiebt; es schwankte zwischen 21,0% und 35,3%. Das Durchschnittsalter aller Patienten (für die Jahre 1888 u. 89 berechnet) war 7 Jahr 7½ Mon. und 7 Jahr 8 Mon. Das Durchschnittsalter der Genesenen (für die Jahre 1888 u. 89 berechnet) war 8 Jahre 9 Mon. und 8 Jahre 3½ Mon. Das Durchschnittsalter der Gestorbenen (für dieselben Jahre berechnet) 6 Jahre 3 Monate und 6 Jahre 8 Mon. Zieht man aus leicht begreiflichen Gründen die Zahl der vor Ablauf von 24 Stunden nach Aufnahme ins Hospital Verstorbenen ab (und zwar 104 Fälle) so ist das Mortalitätsprocent 25,4.

Theilen wir unsere Fälle in fibrinöse ohne Affection des Larynx, in fibrinöse mit Affection des Larynx und in phlegmonös-septische, so bekommen wir, so weit uns die nöthigen Daten zu Gebote stehen, nachstehende Gruppen von Zahlen:

Fibrinöse Fälle ohne Affection des Larynx: (von 1883—89).	848 mit einem zwischen 7,2 und 17,8 schwankenden Mortalitätsprocent (Durchschnitt-M.% 11,3). Das Verhältniss zur Gesammtzahl der Kranken schwankte zwischen 52,9% und 83,4%.
Fibrinöse Fälle mit Affection des Larynx: (von 1883—89).	209 mit einem zwischen 40,0 und 80,8 schwankenden M.% (Durchschnitts-M.% 58,0). Das Verhältniss zur Gesammtzahl der Kranken schwankte zwischen 9,0 und 26,8.
Phlegmonös-septische Fälle: (von 1883—89).	175 mit einem zwischen 72,5 und 100,0 schwankenden M.% (Durchschnitts-M.% 90,0). Das Verhältniss zur Gesammtzahl der Kranken schwankte zwischen 5,7 und 39,0.

Vergleicht man die letztgenannten 4 Zahlen mit einander, so ist es auffällig, dass sie im umgekehrten Verhältniss zu einander stehen, das heisst die grösste Mortalität entspricht der kleinsten Zahl Kranker: 5,7%.

Solches erklärt sich vielleicht durch eine bessere, peinlichere Therapie oder durch eine weniger strenge Classificirung der Fälle in die Kategorie der phlegmonös-septischen Fälle.

Vergleichen wir die beiden Jahre 1883 und 1884 mit den 5 darauf folgenden Jahren, so hat die Sterblichkeit um 10,2% abgenommen und zwar auf Rechnung der Laryngitiden, deren M % für diese 5 Jahre im Durchschnitt um 33,0% gesunken ist. Das M. % der fibrinösen ohne Affection des Larynx ist um 0,6%, dasjenige der phlegmonös-septischen Fälle um 16,1% gestiegen.

Nachdem ich obige Zahlen en bloc angeführt habe, möchte ich derjenigen Factoren erwähnen, welche in Betreff der Mortalität eine Rolle spielen, ohne dass es sich aus der tabellarischen Uebersicht herauslesen lässt.

Dass die Localisation eine Rolle spielt, ist bezüglich der Laryngitiden aus der Tabelle ersichtlich, aber auch ob die Nasengänge afficirt sind oder nicht, ist von grosser Wichtigkeit, wie folgende 3 Beispiele zeigen:

	Fälle.	Proc. d. Gesammtzahl.	Gestorben.
1883.			
Diphth. fauc.	115	53,5	9 = 7,8%
» fauc. et nar.	81	37,6	51 = 62,8%
1884.			
Diphth. fauc.	66	41,5	1 = 1,5%
» fauc. et nar.	80	50,3	41 = 50,1%
1885.			
Diphth. fauc.	56	46,3	2 = 3,6%
» fauc. et nar.	49	40,5	23 = 46,9%
		Proc. im Durchschn.	
Summa Diphth. fauc.	237	47,1	12 = 5,1%
» fauc. et nar.	210	42,8	115 = 54,7%

Wie die Mortalität durch den Zeitraum zwischen Erkrankung und Aufnahme ins Hospital beeinflusst wird, lehrt folgende Uebersicht (1886):

Am 1. Tage d. Krankh. wurden aufgen.	8;	starb. 0;	M.% = 0
» 2. » » » » »	44;	» 2;	» = 4.5
» 3. » » » » »	31;	» 2:	» = 6,4
» 4. » » » » »	15;	» 2;	» =13,5
» 5. » » » » »	4;	» 1:	» =25,0
» 6. » » » » »	2;	» 0;	» = 0.0
» 7. » » » » »	3;	» 0;	» = 0,0
» ? » » » » »	4;	» 1;	

Weiterhin ist zu beachten, dass in der Tabelle andere vorhergegangene Krankheiten, zu welchen die Diphtherie hinzugetreten ist, nicht als Todesursache beachtet sind. So finden wir für das Jahr 1888 im betreffenden Jahresbericht folgende Erläuterung:

Nach Abzug von der Gesammtzahl 142 fibrinöser Fälle ohne Affection des Larynx: von 3 Fällen, welche vor Ablauf von 24 Stunden starben und von 5 Fällen, die an anderen Krankheiten zu Grunde gingen und zwar:

1. Pneumonia; Catarrh. intest. Synovitis artic. radiocarpalis suppurativa;
2. Pertussis; Pleuropneumonia;
3. Pneumonia catarrhalis duplex post morbillos;
4. Meningitis cerebro-spinalis;
5. Pneumonia crouposa;

ist das M. % anstatt 10,9 nur 4,4.

Es entsprechen folglich die Zahlen in der Tabelle in gewisser Beziehung nicht der Wirklichkeit, sie sind eher zu hoch, als zu niedrig angegeben.

Ob die Zahl der Uebergeführten einen Einfluss auf das M. % habe oder nicht, lasse ich dahin gestellt. Ich habe Daten für eine zu geringe Zahl von Fällen und zwar für 2 Jahre (1885 und 1886) von 14 Fällen mit einem Durchschnitts- M. % von 24,5.

Zuletzt erlaube ich mir noch einiges über die T h e r a p i e zu referiren, welche in den Jahren 1885—89 angewandt wurde. Für die früheren Jahre fand ich darüber nichts in den Berichten.

1885. Therapie für die fibrinöse Form ohne Affection des Larynx:

Innerlich: Liq. ferri sesquichlorat. gttj—jj, Kali chloric. gr. ¾—1½ pro dosi, 12×täglich oder in den Fällen von Diphtherie der Nase Olei terebinth. rectificatissimi gallic. gr. xvi—ʒβ pro dosi in Emulsion 12×täglich.

Aeusserlich: Pinselung des Rachens: Liq. ferri sesquichlor., Glycerini puri āā oder Liq. ferri sesquichlor., Glycerini puri, aq. destill, āā 4 × täglich. Bei gangränösem Geruch alternirend mit Sublimati gr. x, Natrin chloric. ʒj, Aq. destil. ℥jj. In einigen Fällen Pinselung mit Argent. nitr. gr. xv : ʒß 4 × täglich

Spülung und Ausspritzung: Kali chloric., Natri biborici āā ʒjj Acidi salicylici ʒß, Aq. dest. ℔iv 12 × täglich.

Compresses échauffantes 8 × täglich.

Eispillen bei starker Schwellung des Rachens.

Für die fibrinöse Form mit Affection d. Larynx:

Innerlich: Sublimati gr. $^1/_{48}$—$^1/_{20}$ 12 × täglich, abwechselnd mit Apomorphini puri gr. $^1/_{16}$—$^1/_8$ 12 × täglich (mit Wein).

Aeusserlich: Inhalationen: Acidi lactici ʒj auf Aq. dest. ℔j oder Kali chloric., Natrii biborici, Acidi salicylic ʒß, Aq. dest. ℔iiv, oder Aq. Calcis, Aq. dest. āā 12 × tägl.; jedes Mal wurde 1 Unze inhalirt. Beständige Wasserdämpfe.

Ung. hydrarg. cinerei wurde zu ℈j — ʒj 8×täglich eingerieben.

Pinselungen wie oben Compresses échauffantes Massage der Regio laryngea—8×täglich. Einpackungen in nasskalte Laken.

Die phlegmonös-septische Form wurde gleich der fibrinösen (ohne Affection des Larynx) behandelt, mit Hinzufügung von Insufflationen von Jodoform.

1886. Fibrinöse Form ohne Affection des Larynx: Die Behandlung bestand in 77 Fällen in innerlichem Gebrauch von Liq. ferri sesquichl. gttj—ij, Kali chloric. gr. $^3/_4$—j—jß pro dosi—12×täglich. Darauf wurden in 34 Fällen folgende 2 Mixturen verabreicht: je nach dem Alter 1 Thee- oder Dessertlöffel Liq. ferri sesquichlor. ℈j, Kali chloric. ʒj, Aq. destil. ℥v, Syr. simpl. ℥j; Ac. mur. dil. ℈jj Aq. dest. ℥v, Syr. simpl. ℥j. Zu Anfang wurden diese Mixturen stündlich Tags und Nachts gegeben, darauf bei merklicher Besserung alle 2 Stunden, schliesslich nur Tags. Diese Methode wurde nach der Idee v. Fokke und Heyder angewandt, nur mit dem Unterschiede, dass in unseren Fällen Liq. ferri sesquichlorat. zugesetzt wurde [1]). In der ersten Reihe der Fälle war das M. % 4,0, in der zweiten Reihe 6,1%.

Im Uebrigen wurden die Kranken wie im Jahre 1885 behandelt. Solches gilt auch für die Laryngitiden und phlegmonös-septischen Formen.

1888. In den fibrinösen Fällen ohne Affection des Larynx veränderte ich die Behandlung von Zeit zu Zeit, wobei ich bemüht war, eine ununterbrochene Reihe von Fällen derselben Behandlung zu unterziehen. Die leichteren Fälle wurden nur mit Ausspritzungen des Rachens behandelt. Eine Reihe von 30 Fällen wurde mit innerlichen Gaben von Ferrum sesquichlor. behandelt; davon starben 2. Von 74 Kranken, welche die Mixturen nach Fokke bekamen, starben 8; davon waren 6 gangränöse Fälle. Bei der Behandlung mit Eisen war das M. % 6,7; bei der Behandlung nach Fokke 10,8, bei Abzug der phlegmonös-septischen Fälle = 2,9.

Im Uebrigen war die Behandlung wie früher. Bei der Behandlung der Laryngitiden wurden, wo es zur Tracheotomie kam, vor der Operation in die Regio laryngea subcutan $^1/_2$—1 gr. Cocaini mur., in Wasser gelöst, injicirt. Während der Operation wurden mit derselben Lösung auch die Wandschichten anästhesirt.

1) Cf. Centralblatt f. klin. Med. 20./III 1886 Heyder: 4% Lösung von Kalium chloricum und 2% Lösung von Acidum muriaticum.

Cf. Ibidem 28./VIII 1886 Fokke: 1) Kali chloric. 4,0, Aq. destill. 200,0, Syr. simpl 20,0; 2) Acidi muriatici 3,0, Aq. destill. 200,0, Syr. rubi Idaei 20,0. Es kommt nach Meinung des Autors nicht auf die Wirkung des Bertholetsalzes, sondern der chloro-chlorigen Säure in statu nascendi d. i. auf die oxydirende Wirkung an.

1889. Die Therapie war dieselbe wie im vorigen Jahre d. i. nach Fokke. Zur Mixtur mit Ac. mur. wurde in circa einem Drittheil der Fälle als Roborans Extr. chin. frig. par. hinzugesetzt. Gepinselt wurde der Rachen in keinem einzigen Falle.

Fassen wir Folgendes ins Auge: 237 Fälle der Jahre 1883, 84, 85 von Diphtherie des Rachens ergeben ein M. % von 5,1 und 142 Fälle des Jahres 1888 von fibrinöser Diphtherie ohne Affection des Larynx, wohl aber in vielen Fällen mit Affection der Nasengänge ergeben ein M. % von 4,4. Von 74 Kranken welche die Mixturen nach Fokke bekamen, starben 8, davon waren 6 phlegmonös-septische Fälle; das M. % 10,8; nach Abzug aber der phlegmonös-septischen Fälle 2,9%.

Vergleichen wir das Resultat der alten Behandlungsmethoden mit den Resultaten der warm empfohlenen localen Carbolbehandlung, so finden wir keinen grossen Unterschied, wobei hier immer noch in Betracht zu ziehen ist, dass meine Zahlen nicht der Privat-, sondern der Hospitalpraxis entnommen sind. Man könnte mir erwidern, dass vielleicht viele der Fälle, die in die Rubrik der Rachendiphtherie ursprünglich gehörten, sich späterhin mit Nasendiphtherie complicirten, in Folge dessen in die andere Rubrik übergingen und dort als verstorben gerechnet sind; auch in dieser Beziehung verschaffte ich mir Gewissheit und überzeugte mich, dass einige Fälle wohl in die Rubrik der Nasen-Rachendiphtherie übergegangen sind, aber keiner von diesen Kranken gestorben ist.

Auf Obiges hin möchte ich folgende Sätze aufstellen:

I. Die alten Behandlungsmethoden des innerlichen Gebrauches von Liq. ferri sesq. oder der beiden Mixturen nach Heyder und Fokke, combinirt mit alkalischen Ausspülungen des Rachens und die moderne locale Behandlungsmethode mit Carbolsäure sind gleichwerthig.

II. Beide haben ihre Vorzüge und ihre Nachtheile.

III. Der Vorzug der Carbolbehandlung besteht in der wissenschaftlichen Basis (Löffler [2]), Strübing [3]), Koczenko und Grabowski [4]) auf welche sie sich stützt.

IV. Der Nachtheil der Carbolbehandlung besteht:
   a) In der nicht jedem Patienten in nöthigem Maasse zur Verfügung stehenden medicinischen Hülfe und Pflege.
   b) In der möglichen Carbolvergiftung.
   c) In der verhältnissmässig grösseren Chance, bei der localen Carbolbehandlung dem Patienten Gewalt anzuthun, welche zur Folge haben könnte:
   1) Unnützen Verbrauch des physischen Kräfte des Kranken.
   2) Unnütze Alteration des Gemüthes des Kranken.
   3) Mögliches Trauma der kranken Schleimhaut.
   d) In der schweren Erreichbarkeit mancher erkrankter Partien.

V. Bei allen Behandlungsmethoden ist es von grosser Wichtigkeit, dass die Behandlung möglichst früh beginnt und die betreffenden Mittel in kurzen Intervallen applicirt werden.

VI. Dem Arzt darf es nicht zum Vorwurf gereichen, wenn er die locale Behandlung in Form von Pinselungen, Betupfungen etc. unterlässt.

Zum Schluss möchte ich noch eine Frage aufwerfen, in deren Beantwortung die Erklärung der Wirkung der alten Behandlungsmethoden mit Ferrum sesquichloratum und den beiden Mixturen von Heyder und Fokke einerseits und den local angewandten alkalischen Lösun-

2) Deutsche med. Wochenschrift 1890, p. 109. Berliner klinische Wochenschrift 1890, p. 886, 1889 p. 887.

3) Deutsche med. Wochenschrift 1891, p. 1299.

4) Врачъ (der Arzt) 1891, p. 490.

gen andererseits liegen könnte. Sollte es sich hier nicht um eine verstärkte Exosmose aus den Geweben des Körpers in die Mundhöhle handeln, wobei sowohl die sich bildenden Toxalbumine, als auch die Bacillen hinausgespült werden. Ein auf Exosmose beruhender Process vollzieht sich im Darm bei Anwendung von salinischen Abführmitteln.

Wenn ich Einiges pro und contra in Betreff der Carbolbehandlung angeführt habe, so geschah es weniger um solche anzugreifen, als um die alten Behandlungsmethoden zu vertheidigen und mein Zweck ist vollkommen erreicht, wenn auch hier der Spruch des Dichters sich bewahrheitet:

Nur eine Weisheit führt zum Ziel
Doch deren Wege giebt es viel.

e) Herr Serk: (Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg).

Aufgefordert, zur heutigen Discussion statistische Daten über die Diphtheritiskranken im Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg mitzutheilen, hatte ich die Absicht, solche für eine grössere Reihe von Jahren zusammenzustellen. Aus praktischen Gründen habe ich mich auf die Jahrgänge 1888 und 1889 beschränkt, da die mir von Dr. Rauchfuss freundlichst zur Disposition gestellten Monatsberichte für diese Jahre nach einem einheitlichen und ausführlichen Plane abgefasst sind. Ausserdem haben sie noch den Vorzug, dass sie nach eigenen Beobachtungen von einem und demselben Assistenzarzt (Dr. Salomé) zusammengestellt sind.

	Bestand.	Eingetreten.	Uebergeführt.	Summa.	Genesen.	Gestorben.	Uebergeführt.	Verblieben.
1888	2	131	11	144	54	70	13	(7)
1889	(7)	147	5	152	70	71	16	2
	2	278	16	296	124	141	29	2

Dies ergiebt eine Sterblichkeit von 47,6 pCt.
und zwar für 1888 . . . . . 48,61 »
1889 . . . . . 44,65 »

Fragen wir nun, wodurch diese hohe Sterblichkeitszahl bedingt wird, so sind folgende Gründe anzuführen:

1. Das Ueberwiegen der schweren Erkrankungsformen über die leichteren.

2. Der Umstand, dass verhältnissmässig viele Patienten im letzten Stadium der Krankheit eintreten.

Die Kranken wurden nach 3 Kategorien rubricirt: Diphtheritis faucium, Diphtheritis faucium et laryngis, Diphtheritis maligna d. h. septische phlegmonöse Form.

Es verhielten sich diese Kategorien in Procenten zu einander

	I	II	III
1888	44 :	38 :	23
1889	44 :	38 :	18
Zusammen	44 :	35,5 :	20,5

oder stellen wir die erste leichtere den beiden anderen gegenüber

44 : 56.

Es ergaben aber die 3 Kategorien an Sterblichkeitsprocenten:

	I	II	III
1888	17,4	60,4	90,9
	15,7	60,6	82,1
Zusammen	16,5	60,5	86,1

Es liegt demnach auf der Hand, wie wesentlich die allgemeine Sterblichkeit durch das Verhältniss dieser Kategorien zu einander beeinflusst wird.

In wie weit der späte Eintritt der Patienten sich für die Hospitalsterblichkeit geltend macht ergiebt sich daraus, dass nach Abzug der in den ersten 24 Stunden Gestorbenen das Sterblichkeitsprocent um mehr als 5 pCt. sinkt.

Ein dritter Grund für die hohe Sterblichkeit bei Diphtheritis ist das Alter der Patienten. Hierfür stehen mir in Betreff der Jahre 88 und 89 keine Daten zu Gebote.

Ich entnehme indess einem mir vom Chefarzt der contagiösen Abtheilung, Dr. Tschoschin, übergebenen, äusserst detaillirt ausgearbeiteten Bericht für das Jahr 86 folgende Zahlen:

Im Ganzen 89 Fälle [5]), die sich folgendermaassen vertheilen:

	I	II	III	I:II+III
	45	28	27%	45 : 55
Mortalität	7,5	88	95,8%.	Gesammtmortalität 53,9%.

Die geringe Sterblichkeit der ersten Kategorie erklärt sich wohl hauptsächlich dadurch, dass diese Kranken den Altersklassen von 9—15 Jahren angehörten, während die der beiden Anderen meistens im Alter von 3 Jahren, die Aeltesten 6 Jahre alt waren.

Im Bericht des Dr. Tschoschin finde ich interessante Daten über ambulatorische Behandlung von Diphtheritiskranken. Es kamen in Behandlung 69 Fälle, von denen allerdings nur bei 37 das Endresultat bekannt ist. Davon betrafen 23 die I. Gruppe, 14 die II. und III.; Verhältniss 62,2 : 27,8. Von der ersteren starben 13 pCt., von den letzteren 100 pCt. Gesammtmortalität 45,9 pCt. Wenn wir für sämmtliche behandelte Fälle Nachrichten hätten, würde das Resultat vielleicht ein ganz anderes sein, daher wage ich nicht aus diesen Zahlen weitere Schlüsse zu ziehen. Ich will nur mittheilen, dass Dr. Tschoschin nach seinen Beobachtungen für constatirt hält, dass bei Scharlach und Masern die Sterblichkeit in der Ambulanz in ganz bedeutendem Maasse hinter der Hospitalsterblichkeit zurückbleibt, während dieses für die Diphtheritis viel weniger zutrifft. Wenn das wirklich der Fall ist, so liegt darin wohl ein deutlicher Beweis dafür, dass diese Krankheit in viel höherem Maasse einer sorgfältigen Behandlung bedarf, damit diese wirklich von Erfolg ist.

Ueber die Therapie und Erfolge derselben in der Diphtheritisabtheilung giebt mein Material keinen Aufschluss; einer mündlichen Mittheilung des Assistenten der Abtheilung zufolge wurde die locale Therapie häufig gehandhabt. Im Jahre 88 wurden vielfach die Heubner'schen Carbolinjectionen, 89 in umfassender Weise die Tag und Nacht fortgesetzten Ausspülungen, Gurgelungen und der innerliche Gebrauch von Aq. Calcis angewandt, und es zeigte sich in vielen Fällen eine auffällige Beschleunigung des Reinigungsprocesses. Ob das etwas günstigere Resultat bei Diphth. faucium und der malignen Form im Jahre 1889 dieser Behandlung zuzuschreiben sei, wage ich nicht zu entscheiden; bei Diphth. faucium et laryngis zeigt sich kein Unterschied. Ich will hier nur noch bemerken, dass die Sterblichkeit für das Jahr 1889 in der Stadt ganz bedeutend hinter 88 zurücksteht. — Ueberhaupt scheint es mir selbst in einem grossen Hospital bei reichem Material äusserst schwierig zu sein, wirkliche Beweise für die Ueberlegenheit der einen Methode gegenüber den anderen zu liefern. Bei einer solchen vergleichenden Untersuchung erscheinen mir folgende Postulate unbedingt nothwendig:

1. Genaue Diagnose — hier dürfte in Zukunft der Nachweis der Löffler'schen Bacillen verlangt werden.

2. Trennung der Formen.

3. Präcisirung des Beginnes der Erkrankung resp. der Behandlung.

4. Ausschluss der zu weit fortgeschrittenen Fälle.

5. Keine zu grossen Altersunterschiede in den zu vergleichenden Gruppen.

6. Dürften, falls sich die Untersuchung über längere Zeiträume erstreckt, sehr extensive Epidemien mit den

[5]) Wegen Umbaues war die Abtheilung nur das halbe Jahr belegt.

gewöhnlichen Endemien nicht ohne Weiteres in Vergleich gestellt werden.

Allen diesen Anforderungen zu genügen hat gewiss unendliche Schwierigkeiten, um so mehr da hier die Gefahr droht, das Material zu sehr zu zersplittern und zu kleine Zahlen zu erhalten, die sich nicht mehr statistisch verwerthen lassen. Oben dargelegte Gesichtspunkte scheinen mir in den vergleichenden Untersuchungen Dr. Lunin's nicht genügend berücksichtigt zu sein; diese können daher nur einen relativen Werth beanspruchen. Eins aber beweisen sie sicher: keine der angewandten Methoden hat den Erwartungen entsprochen, welche die Lobredner derselben erhoffen liessen.

In einer noch schwierigeren Lage befindet sich der Arzt, welcher aus den mehr vereinzelten Fällen der privaten Praxis seine Erfahrungen sammeln muss. Die Behandlung der Diphtheritis beschäftigt ja gerade daher unser Interesse in so hohem Grade, weil ein so wesentlicher Theil der Krankheitserscheinungen vor unseren Augen verläuft, weil wir den Angriffspunkt für unser Handeln direct vor uns haben, weil wir den Effect desselben fortlaufend controliren können und wir eigentlich a priori erwarten müssten, gerade hier hervorragende Erfolge erzielen zu können — und trotz alledem bleibt er häufig aus und wir finden die grössten Widersprüche in den Ansichten der Aerzte über die Mittel und ihre Wirkungen. Ich glaube dies erklärt sich theilweise dadurch, dass wir nicht allzuoft in der Lage sind das post hoc und propter hoc unterscheiden zu können. — Es giebt aber Fälle, wo ein deutlicher Erfolg zu Tage tritt. So habe ich mich trotz der zeitweiligen Perhorrescirung aller Pinselungen nie dazu entschliessen können diese in ernsteren Fällen zu unterlassen, seitdem ich in mehreren Fällen Gelegenheit hatte zu beobachten, dass bei Pinselungen der locale Process sehr bald zum Stillstand kam; wurde dann aus äusseren Gründen — Widerstand der Kranken oder der Angehörigen — das Pinseln eingestellt, so breiteten sich die Membranen rapid aus um dann wieder bei erneuter Anwendung der Pinselung zu schwinden [6]). — Durch diese Beobachtungen kam ich dazu, die locale Behandlung in immer geringeren Zeitabständen vorzunehmen. Die forcirte Behandlung coup sur coup habe ich erst in den letzten Jahren — allerdings in wenigen Fällen — anwenden können. Die Wirksamkeit dieser Methode scheint mir der früheren überlegen zu sein, auf die Mittel scheint es mir weniger anzukommen. Jedenfalls stehen für's Erste die antibakteriellen Mittel oben an, welche uns von den Bakteriologen in erster Linie empfohlen werden.

Der grosse Nachtheil dieser Methode sind die schweren Anforderungen, welche sie an Kranke und Wartepersonal stellt, dafür aber dürfte es häufig genügen sie in aller Strenge nur in den ersten 24 Stunden durchzuführen. Eine directe Gefahr für den Kräftezustand der Patienten scheint mir im Beginn der Erkrankung nicht vorzuliegen.

Wollen wir hoffen mit dieser Methode dem ersehnten Ziele, einer erfolgreichen Bekämpfung der Diphtheritis, um Etwas näher gekommen zu sein; bis zu demselben haben wir noch einen langen weiten Weg. Schon Viele haben geglaubt, diesen Weg zurückgelegt zu haben, aber als sie das Ende erreicht zu haben glaubten, erwies es sich, dass sie wieder zum Ausgangspunkt zurückgekehrt waren.

Neuerdings hat Dr. Masing ein therapeutisches Verfahren mitgetheilt, welches er seit 8 Jahren in Anwendung zieht, welches mehr oder weniger modificirt in den letzten Jahren von vielen Seiten empfohlen wird und welches durch die neueren bakteriologischen Forschungen eine wesentliche Stütze gefunden hat. Dr. Masing schliesst aus seiner 8jährigen Erfahrung, dass wir in seiner Methode, welche durchweg günstige Erfolge — keinen Todesfall — ergeben hat, ein sicheres Heilverfahren gegen die Diphtheritis besitzen, dass wir falls wir im Stande sind dasselbe vom ersten Beginne der Erkrankung an consequent durchzuführen, die Diphtheritis nicht mehr zu fürchten brauchen.

Nun meine Herren! es giebt eine nicht geringe Zahl von Fällen, wo die Erkrankung so symptomlos beginnt, dass sie anfangs gar nicht zu constatiren ist und dann wieder solche, wo trotz der energischen Behandlung von den ersten Anfängen an, die Krankheit völlig unbeeinflusst durch unser Eingreifen rasch zum Tode führt. Dies ist ein unumstössliches Factum. Das Factum besteht und wird bestehen, so lange wir kein wirkliches Specificum gegen die Diphtheritis besitzen und wohl auch darüber hinaus. Wir wollen und sollen die Diphtheritis fürchten und unablässig nach besseren Waffen suchen um sie zu bekämpfen. Wir werden Jedermann dankbar sein, der uns solche liefert, aber ehe dieselben als Panacee angepriesen werden, müssen sie nach allen Seiten hin geprüft sein.

Erst heute hat uns Dr. Masing genauere Mittheilungen über seine Fälle gemacht. Es sind ja gewiss recht schwere darunter, aber es fehlen die Fälle von primärer Nasendiphtheritis, der diphtheritische Croup und die septisch-phlegmonöse Form. Es handelt sich also ausschliesslich um die Kategorie I. Wir sehen, dass diese im Hospital immerhin 17,4 und 15,7 und einmal nur 7,5% Mortalität ergab. — Wie sich das Sterblichkeitsprocent für diese Form in der Privatpraxis stellt, dafür haben wir gar keine Anhaltspunkte. Ich erwähne hier beiläufig, dass im Jahre 1887 die St. Petersburger Stadtärzte eine Mortalität von 10% an Diphtheritis hatten, doch sind hier nur die Todesfälle gerechnet, welche in ihrer Behandlung eintraten. Die Fälle, welche in die Hospitäler übergeführt wurden oder in andere Behandlung übergingen, konnten nicht in Anrechnung gebracht werden.

Dr. Masing sagt nun allerdings, dass bei seiner Methode die Diphtheritis garnicht die schwere Form annimmt, dass dieselbe gewissermaassen coupirend wirkt. Dies ist seine subjective Meinung, da ist ein Zweifel doch erlaubt. Wenn seine Methode wirklich so abortiv wirkt, dass der Process nicht Zeit findet, sich auf den Larynx auszubreiten oder, in die phlegmonöse Form überzugehen, warum breitet sich derselbe dann im Rachen aus. Bleibt derselbe aber auf die Mandeln beschränkt, so ist es doch eine allgemein acceptirte Thatsache, dass wir nicht im Stande sind unsere Diagnosen mit absoluter Sicherheit zu stellen, so lange keine bakteriologische Untersuchung vorliegt.

Indess das Factum: in 8 Jahren kein Todesfall unter zahlreichen Erkrankungen an Diphtheritis bleibt bestehen.

Beweist dies dann in Wirklichkeit soviel, speciell für unsere Petersburger Verhältnisse? Vielleicht giebt hierüber die Statistik einige Aufschlüsse.

Dem statistischen Jahrbuch der Stadt St. Petersburg zufolge stellt sich die Sterblichkeit [7]) an Diphtheritis für die letzten Jahre in folgenden Zahlen dar:

1883.	1884.	1885.	1886.	1887.	1888.	1889.
1090	732	396	457	456	512	290 Fälle.

Hieraus ersehen wir, dass die Sterblichkeit in diesen 7 Jahren ganz bedeutend abgenommen hat In den 5 letzten Jahren hat sie nur die Hälfte, ein Drittheil, ja im Jahre 1889 beinahe nur ein Viertheil der Grösse des Jahres 1883 erreicht.

[6]) Ich habe meistens Tanninlösung mit Carbol- oder Salicylsäurezusatz angewandt.

[7]) Ueber die Morbidität stehen leider keine genügenden Daten zu Gebote, da die Zahl der Anmeldungskarten hierfür nicht zu gebrauchen ist. Nach einer allerdings nicht einwandsfreien Berechnung der Statistiker der Stadt kommt kaum die Hälfte zuweilen nur ein Viertheil der Fälle zur Anzeige.

Ich berücksichtige daher nur die Mortalitätszahlen.

Ziehen wir von diesen die Todesfälle ab, welche auf die Hospitäler und Anstalten kommen, so ist der Rest, welcher auf die Privatpraxis der so grossen Anzahl der Aerzte unserer Stadt fällt, gar nicht mehr so gross. Diese Zahl genauer zu berechnen ist mir nur für das Jahr 1887 möglich gewesen

Gesammtzahl der Todesfälle		456.
Stadthospitäler	26	
Kinderhospitäler	168	
Findelhaus	52	= 246
Stadtärzte		57
Demnach Privatpraxis		153 Fälle.

Berücksichtigen wir ferner, dass die Thätigkeit der älteren vielbeschäftigten Praktiker sich doch wesentlich auf die besser situirten Klassen beschränkt, die schon an Zahl geringer auch relativ eine geringere Morbiditätsziffer an Diphtheritis aufweisen dürften, lassen wir endlich das Spiel des Zufalls nicht ganz ausser Acht — so kommen wir zu dem Resultat, dass es sehr wohl denkbar ist, dass auch ein vielbeschäftigter Arzt eine Reihe von Jahren keine Todesfälle zu verzeichnen hat.

Mir ist der Zufall — ich finde keinen besseren Ausdruck — nicht günstig gewesen. Ich habe im Laufe der 4 letzten Jahre bei höchstens 40 Fällen von Diphtheritis in der Privatpraxis 5 Todesfälle gehabt, die ich mir erlaube ganz kurz zu skizziren.

1. und 2. Zwillinge gegen Ende der 2. Woche. Sehr behindertes Saugen in Folge von Undurchgängigkeit der Nase, kein Ausfluss aus der Nase, Rachen vollkommen frei. Bei dem einen gelingt es, durch einen festen Wattetampon einen kleinen Membranfetzen aus der Tiefe der Nase zu extrahiren, beim 2. wurde die Diagnose nur ex analogia gestellt. Nach 4 resp. 4½ Tagen Tod trotz energischer Localbehandlung, soweit eine solche bei so kleinen und schwächlichen Kindern möglich war. Beim 2. Kinde ergab die Section leichten Belag im Nasenrachenraum auf der Rückseite des Velum.

3. Noch nicht 2jähriger Knabe, war während des Trubels des Umzuges vom Lande erkrankt, lief bei meiner Ankunft kreuzfidel zwischen Kisten und Kasten mit etwas stridulösem Athmen umher. Die Inspection des Rachens ergab völlige Austapezirung des ganzen Rachens mit dicken Membranen. Er wurde sofort ins Hospital transferirt, wo er in weniger als 24 Stunden zu Grunde ging.

4. Ein wohlgenährtes Kind in der 6. Woche, saugt schlecht und zeigt eine Athmungsstörung, welche den behandelnden Arzt — alter erfahrener Kinderarzt — veranlasst einen beginnenden Retropharyngealabscess zu supponiren. Kein Ausfluss aus der Nase. Rachen vollkommen frei. Es gelingt mir aus der Tiefe der Nase Membranfetzen zu extrahiren. Trotz fleissigen Spülungen und Einpinselungen geht der Process weiter. Die ganze Nase und der Rachen ergriffen, starke Schwellung der Halsdrüsen und Lymphbahnen. Tod am 5. Tage.

5. Ein College hatte mich zur Behandlung eines 7jährigen Knaben hinzugezogen, welcher an Diph. fauc. et laryngis litt. Dieser wurde tracheotomirt und genas. Unterdessen erkrankte eine Schwester von 1 Jahre, die fortwährend unter ärztlicher Beobachtung stand. Die Diagnose war sehr frühzeitig gestellt. Trotz energischer Behandlung liess sich die maligne Form nicht unterdrücken und in 3 Tagen trat der Exitus ein.

Nein, meine Herren, ich glaube nicht, dass einer von diesen Fällen hätte gerettet werden können, auch bei strictester Ausführung der Masing'schen Methode.

Obgleich ich selbst Anhänger der von Dr. Masing geübten Methode bin, so führen mich meine hier angeführten Betrachtungen in zwingender Weise zu dem Schluss, dass unser geehrter College in keiner Weise berechtigt ist aus seinen Beobachtungen so weit gehende Schlüsse zu ziehen.

Dr. Masing verdammt den therapeutischen Nihilismus und mit Recht. Hüten wir uns vor zu grossem Optimismus, die Enttäuschung bleibt nicht aus; Enttäuschung ist aber die Mutter des Nihilismus.

f) Herr Hörschelmann giebt eine literarische Zusammenstellung, betreffend die primäre Diphtheritis der Nase.

Secretär: E. Blessig.

Referate.

A. Brandt: Zur Bakteriologie der Uterushöhle bei Endometritiden. Inaug-Dissert. St. Petersburg, 1891 mit 1 lithogr. Farbentafel.

Durch die Untersuchungen von Döderlein, Ott, Tschernewski, Thomen und Mironow gilt es jetzt als ziemlich feststehend, dass das Cavum uteri beim normalen Wochenbettsverlauf keine Mikroorganismen enthält, wohl aber bei Wochenbetterkrankungen. Bei diesen kommt am häufigsten der Streptococcus vor. Ueber die Bakteriologie nicht puerperaler Endometritisformen liegen noch wenig Untersuchungen vor. Verf. untersuchte 25 Fälle von Endometritis (hämorrhag. 11, kat. chron. 9, gonorrh. 4, septic. 1). Nach sorgfaltiger Desinfection des Can. cerv., dessen Sterilität durch Controllculturen festgestellt wurde, machte B. die Abrasio cavi uteri. Aus dem flüssigen Uterusinhalt resp. den ausgeschabten Partikeln wurden Culturen angelegt. Dieselben erwiesen sich nur in 3 Fällen als steril. In den übrigen 22 Fällen konnten 13 Arten von verschiedenen Mikrobien constatirt werden: Staphylococcus pyog., aur., citreus und alb. Streptococcus pyog. gelbe und weisse Sarcine, Bac. subtilis, ein dünner Bacillus, endlich ovale, grosse, mittlere und kleine Kokken und Diplokokken (1 Fall). Impfversuche an Kaninchen ergaben die Virulenz der in 7 Fällen gefundenen Staphylococcusarten und des in 2 Fällen gefundenen Streptococcus. Sie hatten ihren pathogenen Charakter im Uterus nicht eingebüsst. Die übrigen gefundenen Mikroorganismen erwiesen sich bis auf den dünnen Bacillus, der schnell schwindende Infiltrate ohne Reactionserscheinungen hervorrief, als unschädlich. Dieses Resultat stimmt mit den anderer Untersucher überein.

Durch Vidal, Solowjew und Bumm wissen wir, dass die pathogenen Mikrobien bei der puerperalen Endometritis aus dem Cavum uteri in die Decidua mehr oder weniger tief eindringen können, um in sehr schweren Fällen den Uterus längs den Lymphgefässen durchsetzend bis zur Serosa zu gelangen. B. beobachtete in 5 Fällen das Eindringen von Mikroorganismen in die Schleimhaut. Sein Fall von Endometritis gonorrhoica ist besonders interessant. Bis jetzt sah an den weiblichen Geschlechtsorganen nur Wertheimer ein Eindringen von Gonokokken in das Epithel und Bindegewebe der Tuben bei gonorrhoischer Salpingitis. In einem Fall von Endometritis gonorrh., die sich mikroskopisch als Endometritis glandularis präsentirte, fand B. im Cylinderepithel einen Diplococcus, der nach Aussehen und Färbungsvermögen mit dem Gonococcus übereinstimmte. Ihn mit absoluter Sicherheit als Gonococcus ansprechen konnte Brandt nur deshalb nicht, weil wir bis jetzt sichere Kennzeichen für den Gonococcus nicht haben. — Zum Schluss sei noch erwähnt, dass sich die Fälle von Endometritis, bei denen pathogene Mikroorganismen gefunden wurden, klinisch von solchen ohne pathogene Mikrobien nicht unterschieden.

Die Lectüre oben kurz referirter Arbeit, die den Durchschnittswerth einer Dissertation weit überragt, kann den Fachgenossen mit gutem Gewissen empfohlen werden.

W. Beckmann.

A. Winkelried Williams (London): Ueber Cheiro-Pompholyx (Dysidrosis). (Monatsheft f. prakt. Dermatologie XIII Nr. 2. 1891).

Die Krankheit, von Tilbury Fox zuerst 1882 unter dem Namen Dysidrosis beschrieben, wurde von ihm folgendermaassen charakterisirt:

1) abnorme Innervation der Knäueldrüsen hat eine heftige Steigerung der Schweisssecretion zur Folge;

2) der durch die gesteigerte Secretion ausgeübte Druck verursacht Obliteration des Lumens der Schweissdrüsen in ihren oberen Partien. Der Schweiss sammelt sich in den Knäuelgängen unterhalb der obliterirten Stelle und bildet tief in der Epidermis ein Bläschen.

Verf., der an dieser Krankheit erkrankte und seit 4 Jahren daran leidet, stellte an von sich selbst entnommenen Hautstückchen histologische Untersuchungen an und kam zu wesentlich anderen Resultaten. Die Ergebnisse waren folgende:

1) Eine mässige Entzündung in der Papillarschicht des Coriums führt zu Exsudation von Serum. Dieselbe nimmt ihren Weg zwischen den Stachelzellen und verursacht ihre Compression, Degeneration und Auflösung.

2) Es bilden sich daselbst Bläschen; dieselben werden von frisch ergossenem Serum erfüllt und nehmen an Grösse zu.

3) Der Inhalt trocknet ein, es bildet sich neues Epithel darunter und die oberflächlichen Lagen werden zusammen mit eingetrocknetem Inhalt durch Desquamation abgestossen.

Somit hat die Erkrankung, wie auch schon die Fälle von Robinson und Santi beweisen, nichts mit den Knäuelgängen und Schweissdrüsen zu thun. Es liegt die Möglichkeit vor, dass die Erkrankung in die Gruppe der Ekzeme gehört, doch enthält sich Verf. jeglicher Theorien.

E. Kroug (Hungerburg-Narva).

Zur operativen Behandlung der allgemeinen eitrig-jauchigen Peritonitis. Vers. d. schweiz. ärztl. Centralvereins. 31. Oct. 91. Corresp. Blatt für Schweizer Aerzte. Nr. 23. 1. Dec. 91.

Prof. Wyder (Zürich) referirt über 2 durch Bauchschnitt und Ausspülung mit 1‰ Salicyllösung geheilte Fälle aus der cantonalen Frauenklinik. 1. (Oper. von Dr. Schwyzer) Spontane Uterusruptur bei einer VII Para mit plattem Becken; Wendung und Extraction des Kindes. Nach 9 Stunden, bei beginnender allgemeiner Peritonitis, Entfernung der Placenta aus der Bauchhöhle; Uterusnaht; Ausspülung; Heilung. 2. (Operat. von Prof. Wyder). 31. Mai Zwillingsgeburt. 13. Juli fiebernd aufgenommen. Diagnose: vereiterte Ovarialcyste. Nach der zweiten Untersuchung Ruptur der Cyste; foudroyante allgemeine Peritonitis. Operation bei 40,1 T. im Collaps. 10 Liter scheusslicher Jauche entleert; Cyste exstirpirt; Ausspülung; Darmschlingen von Verklebungen gelöst; Douglas drainirt. Pat. wird in blühender Gesundheit vorgestellt. Wyder betont Folgendes: 1) Der behandelnde Arzt soll Kranke mit eitriger allgemeiner Peritonitis möglichst frühzeitig dem Chirurgen zur Operation überweisen. In Fällen, wo die Diagnose noch zweifelhaft ist, hat eine Probelaparotomie mehr Aussicht auf Erfolg, als das Zuwarten. 2. Bei der Operation ist zuerst das ursächliche Moment aufzusuchen und zu entfernen. Dann folgt eine gründliche Ausspülung der Höhle in allen ihren Buchten mit 1‰ Salicylsäure, bis die Flüssigkeit rein abfliesst. Die Därme müssen, eventuell eventrirt, auf Verklebungen und Abknickungen revidirt werden.

Discussion: Prof. Krönlein beschäftigt sich mit der Frage seit ca. 8 Jahren und betont 3 Punkte derselben; 1. In welchen Fällen von Peritonitis soll man operiren? In den unzweifelhaft eitrig-jauchigen Fällen sofort. Die weniger stürmischen serös-fibrinösen gehen oft spontan in Heilung über. Erlaubt der Allgemeinzustand kein Zuwarten mehr, so soll auch bei zweifelhafter Diagnose die Probelaparotomie gemacht werden. 2. Wie spät soll man noch operiren? Bei subnormaler T° und fehlendem Pulse sollte nicht mehr operirt werden. 3. Wie soll man operiren? Selbst durch die grösste Energie und Rücksichtslosigkeit der Desinfection wird sich nie absolute Asepsis erreichen lassen; darum löst Kr. nur die leichtesten Adhaesionen, tupft mit Schwämmen aus, unterlässt aber das Bürsten und Spülen.

Prof. Fehling warnt dringend vor operativer Behandlung der puerperalen allgemeinen septischen Peritonitis, da bei feststehender Diagnose die Veränderungen der inneren Organe schon zu hochgradig seien. Bei gynaekologischen Leiden theilt er den Standpunkt Wyders.

Prof. Wyder ist ganz damit einverstanden, hält aber Krönlein gegenüber an der abundanten Ausspülung mit physiolog. Kochsalzlösung oder 1‰ Salicylsäure fest.

Dr. Kaufmann stellt 3 Contraindicationen für die Operation fest: allgemeine Fettsucht, chronische Anaemie und acuteste Incarcerationen des Darmes. Er hält sich an die physiolog. Kochsalzlösung, da sie nie schaden kann und 1‰ Salicylsäure auch nicht de facto desinficirend wirkt, aber reizt.

Dr. Kottman führt 2 Fälle aus seiner Praxis an: 1. Stichverletzung des Bauches; Laparatomie nach 2 Tagen im elendesten Zustande; stinkender mit Gas vermischter Eiter; Perforation nicht zu finden; Drainage nach Ausspülung; später Entleerung mehrerer abgesackter Abscesse; Heilung. 2. Incarcerirte Netzhernie; Herniotomie; Peritonitis acutissima mit Ileus; Laparotomie am 3. Tage; massenhaft haemorrhagisches Exsudat; Heilung. Am schlechtesten seien die Fälle mit ausgedehnter Darmverklebung und wenig Exsudat. Selenkow.

Protokolle
der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1169. Sitzung 6. November 1891.

Anwesend 47 ord. Mitgl. und 12 Gäste.

1. Dr. Goetschel demonstrirt einen Kranken mit Onychia syphilitica an sämmtlichen Fingern und Zehen, wobei er auf die grosse Rarität der universellen Verbreitung dieser Affection aufmerksam macht.

2. Dr. Krannhals demonstrirt einige Fläschchen mit sterilisirter Säuglingsmilch von dem Gute Neumocken, wie sie von der hiesigen Firma Ulrich Schaeffer in den Handel gebracht wird. Nach den damit in der Praxis gemachten Erfahrungen empfiehlt Dr. K. sie warm und macht auf die Vorzüge derselben aufmerksam, zu denen absolut sichere Sterilität gehört; bei der Sterilisirung, welche bei hoher Temperatur vorgenommen wird, liegt ein Gummiplättchen auf der Mündung der Flasche; durch die Verdichtung des Flascheninhaltes bei der Abkühlung desselben hängt sich dieses Plättchen fest an und bildet so den Verschluss, gleichzeitig aber auch die Controlle über die Sterilität, da jeder Gährungsvorgang in der Milch durch Gasentwickelung das verschliessende Gummiplättchen abheben muss. Vortr. weist 2 Flaschen vor, deren Verschlussplatte fest haftet, trotzdem dass sie etwa einen Monat lang bei Bruttemperatur gehalten worden sind.

3. Dr. Hampeln verliest seinen angekündigten Vortrag: «Ueber einen Fall habitueller und paroxystischer Tachykardie mit dem Ausgang in Genesung». Derselbe erscheint in extenso in der «deutschen med. Wochenschr.»

Vortr. giebt darin die Krankengeschichte eines Mannes, der nach überstandener fibrinös-seröser Perikarditis 15 Jahre lang eine Pulsfrequenz von 140—150 in der Minute aufwies, ausserdem aber an Anfällen von Herzpalpitationen und von Tachykardieparoxysmen litt, die den Puls auf 240, ja 280 in der Minute brachten. Nachdem im letzten Jahre die gewöhnliche Pulsfrequenz auf 112 gesunken, ist Pat. in diesem Frühling nach einem protrahirten und schweren Anfall plötzlich genesen. — Vortr. begründet, wie in diesem Falle die habituelle Tachykardie auf eine die volle Herzcontraction verhindernde perikardiale Synechie, die sich bei der Genesung gelöst, zu beziehen sei, deutet sie also als compensatorischen Vorgang, während die Anfälle von Herzpalpitationen und Tachykardieparoxysmen als Neurose aufzufassen sind.

Dr. Ed. Schwarz pflichtet der Anschauung des Vortr., es sei nicht wohl möglich, habituelle Tachykardie durch Sympathicusreizung zu erklären, nicht bei; die durch Sympathicusreizung zu Stande kommende einseitige Pupillendilatation nervöser Individuen bestehe gleichmässig wochenlang, und ziehe sich, durch kleine Pausen unterbrochen, oft über Jahre. Er weist ferner auf die unvergleichliche Arbeitsfähigkeit des der Herzthätigkeit vorstehenden nervösen Centralapparats hin, welcher ruhelos das ganze Menschenleben hindurch arbeitet.

Dr. Hampeln nimmt an, dass eine 15 Jahre hindurch gleichmässig dauernde pathologische Sympathicusreizung nicht denkbar sei, weil eine Ermüdung als unausbleibliche Folge hätte viel früher eintreten müssen; dass für eine solche es auch sonst an constatirten Beispielen fehle. Gegen die Annahme von Vaguslähmung spricht die Genesung nach 15jährigem Bestande des Leidens. Es erübrigt die durch die vorhergegangene Perikarditis wohlerklärte mechanische Veranlassung dieser habituellen Tachykardie. — Den tachykardischen Anfall blos kann Dr. H. sich wie Dr. Sch. durch Sympathicusreizung erklären.

Dr. Wolferz: die Aetiologie der Tachykardie für einen gegebenen Fall festzustellen misslinge in der Regel. Für die Behandlung sei es jedoch sehr wichtig, ob Reizung des Sympathicus oder Lähmung des Vagus vorliege; nach Gerhardt sei in letzterem Fall z. B. Digitalis unwirksam. Das Sphygmogramm, meint Dr. W., ohne diese Annahme en detail zu motiviren, gebe darüber Auskunft, mit welcher von beiden Möglichkeiten man es zu thun habe, und sei die Aufnahme von Pulsbildern deshalb von entscheidender Wichtigkeit.

Dr. Hampeln kann Sphygmogrammen hier nur eine das Bild ergänzende Bedeutung zusprechen; Pulscurven geben wohl Aufschluss über die Vasomotoren, gestatten aber keinerlei sichern Schluss auf Sympathicusreizung, resp. Vaguslähmung.

4. Dr. Tiling verliest seinen angekündigten Vortrag: «Ueber amnestische Geistesstörung».

Vortr. wendet sich gegen die neueste Arbeit von Korsakow, «Ein Fall von polyneuritischer Psychose mit Autopsie» (Arch. f. Psych. Bd. XXIII Heft I 1891) in welcher derselbe behauptet, Vortr. hätte das Vorkommen dieser Geistesstörung bei nicht alkoholischer Neuritis gänzlich in Abrede gestellt, und führt dagegen Stellen aus seiner Arbeit über die bei der alkoholischen Neuritis beobachtete Geistesstörung (Allg. Ztschrft. f. Psych. Bd. 46 Hft. 2) an, welche das Gegentheil beweisen. Nur das seltene Vorkommen dieser Combination wird darin behauptet. Die gleiche missverständliche Auffassung ist in der Arbeit von Brasch enthalten, «Beitrag zur Lehre von der multiplen Neuritis». (Neurolog. Centralbl. Nr. 9, 1891). Brasch verwechselt ausserdem die amnestische Geistesstörung mit einem gewöhnlichen Delirium acutum hallucinatorium, während doch ausdrücklich hervorgehoben wurde und hervorgehoben werden muss, dass erst nach wiedergekehrter Beruhigung und Klarheit die amnestische Geistesstörung durch Gedächtnissmangel ihren specifischen Charakter documentirt. Vortr. theilt darauf wiederum eine Krankheitsgeschichte mit, in welcher amnestische Geistesstörung mit multipler Neuritis in Folge eines Abdominaltyphus beobachtet wurde.

Weiter führt Vortr. aus, dass er auf seinem früheren Standpunkt verharren müsse, die amnestische Geistesstörung komme nicht allen Neuritiden gleicherweise zu, sondern regelmässig nur der Alkoholneuritis und ausnahmsweise nur anderen Neuritiden; dagegen gesellt sich dieselbe Geistesstörung jedem Alkoholismus zu, auch ohne multiple Neuritis und endlich trat dieselbe Geistesstörung im Senium und nach Kopftraumen auf, was Vortr. auch schon in seiner früheren Arbeit betont hatte. Aus diesen Gründen erklärt sich Vortr. gegen Korsakow, wenn er die amnestische Geistesstörung als eine specifisch polyneuritische d. h. nur der Polyneuritis zukommende, bezeichnet und ebenso wenn er sie zusammen mit der multiplen Neuritis in jedem Fall auf Blutintoxication zurückführt. Die Benennung dieser Geistesstörung als Cerebropathia psychica toxaemica ist also keine zutreffende.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 9 St. Petersburg, 29. Februar (12. März) 1892

Zur Casuistik der Bronchitis fibrinosa.

Von

Dr. med. Robert Koch,

Dorpat.

(Vortrag, gehalten in der med. Gesellschaft zu Dorpat am 18. December 1891).

M. H.! Gestatten Sie mir, dass ich Ihnen Mittheilung mache über einen von mir beobachteten Krankheitsfall, der nicht nur seines seltenen Vorkommens wegen, sondern auch sonst in mancher Beziehung Interesse beansprucht; es handelt sich um einen Fall von Bronchitis crouposa seu fibrinosa, Bronchialcroup, Bronchitis mit Gerinnselbildung.

Am 20. October a. c. besuchte ich einen 18jährigen mir schon seit 4 Jahren bekannten jungen Mann, der mich mit den Worten empfing: «Jetzt habe ich wieder meinen Lungenkatarrh, den ich in jedem Herbst durchmachen muss». Mir war bekannt, dass er im Jahre 1885 im Frühjahr eine sehr schwere doppelseitige und im Herbst desselben Jahres eine leichtere einseitige croupöse Pneumonie durchgemacht hatte. Im Jahre 1888 im November überstand er die Masern ohne weitere Complication. In den darauffolgenden beiden Jahren musste er im Herbst 14 Tage bis 3 Wochen seines Bronchialkatarrhs wegen die Schule versäumen. Wie damals, so zeigten sich auch jetzt bei dem ziemlich kräftig gebauten jungen Mann keinerlei suspecte Lungenerscheinungen, wenn er auch in den katarrhfreien Zeiten immer etwas gehustet hat. Die Eltern sind gesund, auch ist mir nicht bekannt, dass sonstige Familienglieder an Phthisis zu Grunde gegangen sind. Der Patient ist guter Reiter, im Sommer und Winter passionirter Jäger, hat vielfach Strapazen durchgemacht und mancher Erkältung sich ausgesetzt, ohne irgend welche schlimme Folgen zu verspüren. Im Herbst hatte er, wie gesagt, jenen Katarrh, der ohne Fieber mit Hustenanfällen und geringem Schleimauswurf verlief. Auch dieses Mal dieselben Erscheinungen: objectiv überall weit verbreitete Rhonchi, pfeifende Geräusche und Schnurren, percutorisch bis auf geringe allgemeine Lungenblähung nichts Abnormes nachzuweisen. Der Pat. ging im Zimmer umher, hatte guten Appetit, schlief die ersten Nächte auch gut. Da nach 5 Tagen keine Besserung eingetreten war, wurde Patient in's Bett gelegt und eine diaphoretische Behandlung eingeschlagen. In der Nacht vom 28./29. October hatte Patient fast ununterbrochen gehustet, gar nicht geschlafen, Temperatur Morgens 38,1, Abends 39,5, Frost, Puls 120—140; hochgradige Dyspnöe, Sputa crocea, Knisterrasseln im rechten oberen und mittleren Lappen; Tags darauf Temperatur 38,8, Abends 39,8, Dämpfung, Bronchialathmen, kurz die Erscheinungen der croupösen Pneumonie. Kein kritischer, sondern allmäliger Abfall des Fiebers. Am 7. Tage (4. Nov.) 37,4° C., von hier an die Temperatur immer normal; es traten starke Schweisse ein, jedoch blieb eine leichte Cyanose, eine noch recht hochgradige Dyspnöe und eine auffallende Pulsbeschleunigung (100—120) bestehen. «Das Athmen wird mir schwer, ich bekomme zu wenig Luft», waren von nun an die hauptsächlichsten Klagen. Diese Erscheinungen nahmen von Tag zu Tag mehr ab, nachdem gewisse Gerinnsel mit dem 5. Tage nach dem Frost ausgehustet worden waren. — Am 10. November bekam Pat. bei einem Hustenanfall plötzlich einen intensiven Schmerz in der linken unteren Thoraxhälfte, entsprechend der 8. oder 9. Rippe in der hinteren Axillarlinie und zwar so intensiv, dass er sich kaum bewegen konnte; die Hustenanfälle verursachten an dieser umschriebenen Stelle die heftigsten Schmerzen, so dass diese Partie kaum mit den Fingern berührt werden konnte. Ueber den Grund dieses Schmerzes vermochte ich mir zunächst kein richtiges Bild zu machen, ich bemerke nur, dass es sich vielleicht um eine gleichzeitige Reizerscheinung der Pleura gehandelt haben mag, da die Richard Otto'sche[1]) Compressionsbinde sehr gute Dienste leistete. Kein Fieber; die Percussion ergab überall normalen Lungenschall; es war auf der ganzen linken Lunge abgeschwächtes und unten hinten zum Theil gar kein Athmen wahrnehmbar; ausserdem liess sich ein eigenthümliches, lautes, sogar fühlbares Geräusch constatiren, das der Patient als «Piepsen» bezeichnete, auf welches ich mir erlaube später zurückzukommen. Erst mit dem Moment, wo mit äusserst kräftigen Hustenstössen etwa 3—4 Gerinnsel expectorirt worden waren, trat bedeutende Erleichterung und grosse Linderung ein. Es handelte sich hier um dichotomisch sich theilende und gegen das Ende sich verzweigende Gerinnselbildungen von 5—6 Ctm. Länge und ¼—½ Ctm. Dicke, ohne jede Blutbeimengung; die Consistenz ist eine ziemlich derbe. Mein besonderes Interesse an diesem Befunde bestimmte den Kranken zu der weiteren Mittheilung, dass er bereits vor 14 Tagen, also vor der letzten Lungenentzündung, solche Gerinnsel — nur sehr viel dünnere und kürzere — ausgehustet habe, denen er damals durchaus keine Beachtung geschenkt habe; früher seien solche Gerinnsel von ihm nicht bemerkt worden. Bis vor 8 Tagen wurden nun fast täglich 1—2 solcher Gerinnsel

[1]) Ueber den pleuritischen Schmerz und seine Behandlung durch partielle Compression des Thorax. Dr. med. Richard Otto in Dorpat. Berliner klin. Wochenschrift. 1889. Nr. 39.

expectorirt, und der Patient glaubte jedes Mal genau zu wissen, ob ein solches aus den Luftwegen der rechten oder linken Lunge ausgestossen werde. Gewöhnlich am Morgen früh stellte sich ein heftiger, ¼ Stunde dauernder Husten ein; bald darauf verspürte Pat. beim Athmen ein eigenthümlich klappendes Ventil-Geräusch und hatte den Eindruck, als wenn eine häutige Masse durch In- und Exspiration gesenkt und gehoben werde; nun begann er mit beiden Handflächen den Brustkorb abzupalpiren und wo er eine Vibration des Thorax verspürte, dahin versetzte er den Sitz des Gerinnsels. Mit jedem heftigen Hustenstoss fühlte er deutlich das Höhersteigen des Pfropfes.

In Kürze haben wir folgendes Krankheitsbild: Nachdem Patient vor 6 Jahren, und zwar im Lauf eines halben Jahres zweimal, croupöse Pneumonie durchgemacht hat, gehörte zur Folgeerscheinung recidivirende gewöhnliche Bronchitis. Zu den Symptomen der letzten einfachen katarrhalischen Bronchitis ohne Fieber gesellte sich dann die Bildung und Herausbeförderung von Gerinnseln und nach einigen Tagen unter Frost, Fieber, heftigen Hustenparoxysmen und hochgradiger Dyspnöe traten die Erscheinungen einer lobären Pneumonie auf, bei deren Ablauf keine Gerinnsel ausgehustet wurden; erst als das Fieber am 6. Tage nachliess, aber Dyspnöe, leichte Cyanose und Pulsbeschleunigung weiterhin das Allgemeinbefinden in beträchtlichem Grade störten, da trat die Bildung von bedeutend grösseren und längeren Gerinnseln wieder ein, mit deren Herausbeförderung die lästigen Symptome allmälig nachliessen.

M. H.! Dass es sich hier in diesem Fall um Bronchitis mit fibrinösem Auswurf handelt, unterliegt keinem Zweifel. Was die Literatur dieser im Allgemeinen seltenen Erkrankung betrifft, so ist die Bronchitis fibrinosa sehr früh, aber falsch gedeutet worden. Schon Galenus erzählt, dass er ein Lungengefäss habe auswerfen sehn; während Morgagni von einer ausgeworfenen kleinen venösen Röhre spricht; Ruyschius bezeichnet die ausgehusteten Massen als Polypen. Die erste genaue Beschreibung eines Falles von chronischer fibrinöser Bronchitis giebt Clarke[2]). Mit grosser Gründlichkeit ist dieses Thema erst von Biermer[3]), dann von Lebert[4]), von Riegel[5]) und Weil[6]) bearbeitet worden. Biermer und Riegel schliessen sowohl jene Formen aus, in denen die croupöse Laryngitis sich auf die Trachea und Bronchien fortgesetzt hat, als auch jene, in denen die croupöse Entzündung der Lungenalveolen sich auf die Endverzweigungen der Bronchien secundär fortgepflanzt hat; Lebert zählt die Gerinnselbildungen in den Bronchien bei der croupösen Pneumonie zur fibrinösen Bronchitis und unterscheidet mehrere Kategorien, — anatomisch müssten wir alle jene Fälle zur Bronchitis crouposa rechnen, in denen faserstoffhaltige Producte auf die Bronchialschleimhaut abgelagert werden, die Trennung ist aber von praktischer Seite gewiss berechtigt, weil, wie bekannt, kleinere fibrinöse Gebilde sehr oft in hepatisirten Lungen sich finden, ohne besondere Symptome zu machen, dagegen bei genuiner fibrinöser Bronchitis sehr stürmische Erscheinungen hervorrufen. — Die fibrinöse Bronchitis als genuine primäre Krankheit ist eine höchst seltene Affection, die häufiger chronisch als acut auftritt. Lebert fand in der Literatur (bis 1869) nach sorgfältiger Analyse 17 acute und 27 chronische Fälle. — Unter dem Titel «Plastic Bronchitis» [7]) fasst West das Resultat der in den letzten 20 Jahren (seit Lebert's Arbeit) über die fibrinöse Bronchitis veröffentlichten Arbeiten zusammen (nach ihm sind es 52 Fälle). Hiernach bestehe eine sichere Beziehung dieser Krankheit zur Phthise nicht; bemerkenswerth sei die Verbindung mit Herz- und einige Mal mit schweren Hautkrankheiten (Pemphigus und Impetigo). Der Auswurf enthalte die charakteristischen Abgüsse der Bronchien, nie Charcot-Leyden'sche Krystalle oder Curschmann'sche Spiralfäden. Die Dauer des Anfalls sei meist kurz, während die Intervalle von einigen Stunden bis zu Monaten dauern. Bezüglich der Aetiologie sei nichts bekannt.

Ich möchte Sie, m. H., nicht ermüden mit der Wiedergabe der einzelnen Krankengeschichten, sie stimmen im Wesentlichen mit den von West angeführten überein. — Nur auf zwei in den letzten Jahren erschienene Arbeiten will ich näher eingehen, weil sie in aetiologischer Hinsicht neue Gesichtspuncte bringen. — Picchini[8]) giebt nachstehende Krankengeschichten mit folgender Pathogenese: 3 Ziegelbrenner, welche in der Nähe von Latrinen arbeiteten und längere Zeit im Schmutzwasser standen, erkrankten unter den gleichen Symptomen einer acuten fibrinösen Bronchitis. Die Sputa, welche die charakteristischen Ausgüsse der Bronchien zeigten, enthielten drei verschiedenartige Mikroorganismen. Injicirte man sie unter die Haut, in die Peritoneal- oder Pleurahöhle, so war der Effect negativ; machte man aber die Injection in die Trachea, so ergaben zwei dieser Species, wenn man Reinculturen verwendete, ein positives Resultat. Es entstand eine Affection, welche die grösste Aehnlichkeit mit dem bekannten Bilde der Bronchitis fibrinosa zeigte. Diese Mikroorganismen besitzen nach Picchini, trotz grosser Vitalität eine pathogene Kraft, die schon nach kurzer Dauer erlischt. — Die letzte Arbeit über die Bronchitis fibrinosa ist als Inaugural-Dissertation von Lehmann Model in Freiburg im B. 1890 erschienen. Model sucht durch Mittheilung und Besprechung von 7 Fällen aus der dortigen med. Klinik etwas Licht in die Aetiologie und Pathogenese zu bringen. In 6 Fällen war intra vitam und post mortem ein Zusammenhang der fibrinösen Bronchitis mit Tuberculosis zu constatiren.

Ganz besonderes Interesse bot der als 7. und letzter ausführlich mitgetheilte Fall. Das ganz eigenthümlich milchige fettreiche Sputum liess mit Sicherheit darauf schliessen, dass es sich um einen Chyluserguss oder Lymphorrhoe in die Luftwege handelte. Er meint, dass derartige Fälle doch schon öfter beobachtet, aber falsch als fibrinöse Bronchitis gedeutet sein möchten.

Hinsichtlich der Aetiologie lässt sich in der That nichts Sicheres bringen. Man ist der Bronchitis fibrinosa in jedem Lebensalter begegnet, und selbst in der Leiche eines Neugeborenen hat Hayn[9]) die Gerinnsel angetroffen, doch wird sie am häufigsten in den Pubertätsjahren, etwa vom 10. bis 30. Jahre beobachtet. Das männliche Geschlecht erkrankt häufiger. Wiederholte acute und chron. Bronchialkatarrhe gingen in den meisten Fällen dem Ausbruch des eigentlichen Bronchialcroups voraus. Auch Schwächung des Körpers durch vorausgegangene Krankheiten wird in einigen Fällen als praedisponirendes Moment angeführt. In dem von Eisenlohr[10]) angeführten Fall entwickelte sich im Verlauf eines Typhus eine fibrinöse Bronchitis. Auch mehrere Glieder einer Familie sind von der Krankheit heimgesucht worden. Bei Frauen hat man in einigen Fällen Einfluss von Schwangerschaft und Menstruation gefunden. So haben Oppoltzer und Schnitzler eine Beobachtung beschrieben, in welcher es bei einer Frau jedes Mal zur Zeit der eintretenden oder ausbleibenden Menses zum Bronchialcroup kam. Cohnheim giebt an, dass verkäste Lymphdrüsen, welche in die Trachea oder in die Bronchien durchgebrochen sind, zu fibrinöser Entzündung führen können.

Am häufigsten geht, wie gesagt, der fibrinösen Bronchitis eine einfache katarrhalische Bronchitis voraus. Dys-

[2]) Philos. Transact. Vol. XIX. pag. 779.
[3]) Virchow's Handbuch d. spec. Pathol. u. Therapie Bd. V.
[4]) Im deutschen Archiv für klin. Medic. 1869.
[5]) Im v. Ziemssen'schen Handbuch IV. Bd. 2. S. 164.
[6]) Gerhardt Kinderkrankheiten III. Bd. 2. S. 455.
[7]) Practitioner XLIII 2. pag. 83. 1889.

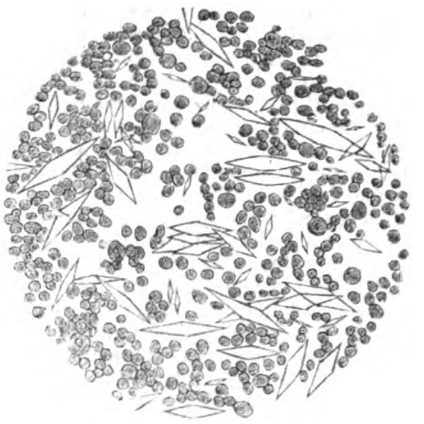
[8]) Riv. clin. arch. ital. di clin. med. 1, pag. 105. 1889.
[9]) Königsb. med. Zeitschrift 1844.
[10]) Berlin. klin. Wochenschrift 1876, Nr. 31.

krasische Zustände (Syphilis, Scrophulose, Rhachitis) werden als aetiologische Momente in keinem Fall angeführt, wohl aber Anaemie und Chlorose. — Auf den Zusammenhang mit Tuberculose wird nur von einer Seite (Model) mit Nachdruck hingedeutet. Nach Riegel bedarf es einer besondern Disposition oder Einwirkung eines besondern unbekannten Agens, um die Krankheit hervorzurufen.

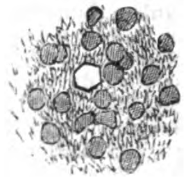
Die Symptome des acuten Bronchialcroups zeichnen sich gegenüber dem chronischen durch ihre grosse Heftigkeit aus; heftige Hustenparoxysmen, die höchste Dyspnöe, ja sogar Erstickungsangst kann eintreten und bald ein letales Ende erfolgen; ¼ der bisher beobachteten acuten Fälle endete letal. — Die chronische Form, zu der auch der von mir beobachtete zu zählen ist, hat selbstverständlich zahlreiche Uebergangsformen von acuten und subacuten Anfällen, unterbrochen durch kürzere und längere vollkommen freie oder nur von bronchitischen Erscheinungen ausgefüllten Intervalle. Die Dauer dieser chron. Form ist eine sehr verschieden lange; die Gesammterkrankung kann sich über viele Jahre erstrecken (7—8 Jahre); in einem Fall hat sie 14 Jahre mit Intermissionen gedauert.

Was nun die Gerinnselbildung selbst anlangt, so kommt sie entweder diffus vor (in der Trachea und den meisten Bronchialverzweigungen durch die Section nachgewiesen) oder circumscript, wie gewöhnlich in der chronischen Form. Das frisch ausgeworfene Bronchialgerinnsel stellt gewöhnlich eine knäulartige Masse dar, die eine weisse oder graugelbliche oder auch schwachröthliche Farbe zeigt. In Wasser gebracht tritt diese Form mit 3—4facher Verzweigung auf. Die Dicke des Hauptstammes hat hier den Umfang eines Bleistifts, kann aber auch den eines kleinen Fingers erreichen Der Hauptstamm und die dicken Aeste sind häufiger hohl als solid und enthalten Schleim und Leukocyten; die feineren Stämmchen sind fast immer solid. An den dickeren Aesten sind oft gleichmässige kleine kolbige Ausbuchtungen bemerkbar, deren Entstehung in der Art zu erklären ist, dass bei der Exsudation und schnellen Gerinnung Luftblasen in die Masse eingeschlossen werden, — eine Erklärung, die schon Biermer angiebt. —

Der mikroskopische Bau der Gerinnsel lässt sich am besten an Alkoholpräparaten studiren. Die mikroskopischen Schnitte, die ich Ihnen später demonstriren möchte und die Färbung der Präparate verdanke ich der Freundlichkeit unseres Collegen Dr. Gerlach, der sich dieser mikroskopischen Arbeit mit grossem Interesse, aber auch mit grossen Zeitopfern gewidmet hat, wofür ich ihm meinen herzlichen Dank ausspreche. — Die Gerinnsel besitzen eine geschichtete oder lamelläre Anordnung, wobei die einzelnen Lamellen bald concentrisch um einander gelagert sind, bald unregelmässige Schichtung zeigen. Die Zahl der Lamellen schwankt, aber jedenfalls deutet ihre Anordnung auf schubweise Exsudation und Gerinnung hin. Der Hauptmasse nach bestehen die Gerinnsel aus hyalinem Grundgewebe. Leukocyten sind reichlich nachweisbar. Gegenüber der von Picchini vertretenen Ansicht, welche die in Rede stehende Krankheit auf bacillären Ursprung zurückführt, will ich auf die Resultate Gerlach's hinweisen. Die Präparate desselben, welche nach der von Kühne modificirten Gram'schen Methode hergestellt sind und die ich Ihnen sogleich demonstriren werde, weisen freilich auch Bakterien auf; man findet sie aber nur an bestimmten Partien, nicht zerstreut, sondern gewöhnlich in Haufen, in einer von fibrinösem Exsudat eingeschlossenen Schleimflocke. Dass es sich wirklich um eine Schleimflocke handelt und nicht um croupöses Exsudat, beweisen 1) das Aussehen der Grundsubstanz, 2) die in letztere eingeschlossenen zelligen Elemente. welche zum Theil aus gequollenen Lungenepithelien und aus Leukocyten bestehen, 3) sind es 3 oder 4 Species, so dass man in Anbetracht aller dieser Umstände, endlich auch der Thatsache, dass man sie nur in geringer Menge antrifft, in ihnen kein aetiologisches Agens, sondern nur einen zufälligen Befund erblicken darf. Pneumoniekokken und Tuberkelbacillen (Gabbet) sind nicht nachweisbar, wohl aber in grosser Menge Charcot-Leyden'sche Asthmakrystalle, wie Sie sich davon leicht in vorliegenden Präparaten überzeugen können. — Ganz kurz will ich nur erwähnen, dass Ph. Schreiner[11]) diese Krystalle für das phosphorsaure Salz einer Basis von der Formel C_2H_5N erkennt, diese freie Basis nach ihm in intensivem Grade den Geruch nach frischem menschlichem Sperma besitzt und diesen Geruch gelegentlich auch den Sputis der Lungenkranken verleiht.



Charcot — Leyden'sche Asthmakrystalle. (Seibert: Ocular Oberhäuser und Objectiv 3 Abstand Bild vom Prisma 35 Ctm.). Vergrösserung circa 200.



Querschnitt eines Asthmakrystalls. (Seibert: Ocular Oberhäuser und Objectiv 5b.). Vergrösserung circa 650.

Escherich fand neben fibrinösen Gerinnseln Curschmann'sche Spiralen, ein Befund, den auch ich bestätigen konnte. —

M. H.! Wenn ich den von mir beobachteten Fall von chron. fibrin. Bronchitis mit den früher beschriebenen vergleiche, so haben wir es auch hier mit Bildung und Expectoration von Gerinnseln zu thun, denen ausgedehnte chron. Bronchitis über Wochen, Monate selbst Jahre in wechselnden Intervallen vorherging. Die leichte Haemoptoë fehlt, wie sie gewöhnlich den Gerinnselauswurf begleitete. Ferner hatten wir es weder mit blutiger Tingirung der Gerinnsel zu thun, noch mit jener meistentheils beobachteten klumpigen, sich später im Wasser entrollenden Form.— Innerhalb des Zeitraums der Gerinnselbildung und des Auswurfs schiebt sich eine acute Lungenaffection ein, die ich der physikalischen und symptomatischen Erscheinungen wegen als Alveolarpneumonie — lobäre Pneumonie — ansprechen muss. Es ist ja bekannt, dass mit jeder lobären oder Alveolarpneumonie eine fibrinöse Bronchiolitis verbunden ist, und dass sich im pneumonischen Sputum immer kleine Gerinnsel der feinen und feinsten Bronchien nachweisen lassen. Dass diese Alveolarpneumonie mit der Bronchitis fibrinosa aetiologisch in naher Beziehung stand, schien mehr als wahrscheinlich. Der Umstand, dass die Bronchitis fibrinosa mehrfach in einer Familie beobachtet wurde, die Thatsache ferner, dass die fibrinöse Pneumonie infectiöser Natur ist, legten den Gedanken nahe, dass auch hier die Mikroorganismen Ursache zur Entwicklung beider Affectionen seien. Nichts desto weniger hat die mikroskopische Untersuchung dies nicht bestätigt, so dass die Aetiologie dieser seltenen und seltsamen Krankheit durch den von mir beobachteten Fall leider nicht geklärt worden ist, die Entscheidung dieser Frage vielmehr zur Zeit noch als eine offene bezeichnet werden muss.

---

[11]) Fortschritte der Medicin, 1889 (Kobert, Therapeutische Notizen).

Referate.

Max Hagedorn: Die galvanokaustische Behandlung der Rachendiphtherie. (Der ärztliche Praktiker 1892 Nr. 6).

Verf. tritt warm für die galvanokaustische Behandlung der Rachendiphtherie ein, weil die durch den elektrischen Strom erzeugte Glühhitze des Platinabrenners das stärkste Antisepticum ist, das dem Kranken jedoch nicht schadet, da man seine Anwendung aufs Genaueste localisiren kann. Unbeabsichtigte Nebenverletzungen und Nebenwirkungen (cf. Carbolsäure und Sublimat) kommen nicht vor. Ein weiterer Vorzug des Galvanokauters ist der, dass seine Anwendung nur eine einmalige und schmerzlose (Chloroformnarkose resp. Cocainisirung) ist; Verf. hat niemals nach der Behandlung neue Infectionsherde auftreten sehen. Contraindicirt ist diese Behandlung bei Diphtherie der Nasenhöhle, des Nasenrachenraumes und Kehlkopfes, weil man durch Hervorrufen von Synechien und Stenosen den Kranken dauernd schädigen kann, ohne doch im Stande zu sein in diesen engen Höhlen alles Erkrankte beseitigen zu können; auch die Scarlatinadiphtherie als rein septischer Process wird durch die Behandlung nicht beeinflusst. Zur Ausübung der galvanokaustischen Behandlung sind erforderlich: 1 Accumulator, 1 Handgriff und 2 Platinabrenner, ein flacher und ein steigbügelförmiger, der als glühende Curette zu benutzen ist. Nachdem der Geschwürsgrund mit dem steigbügelförmigen Brenner ausgekratzt ist, wird die Umgebung des Geschwürs im Umkreise von ca. 1 Cm. mit dem flachen Brenner bestrichen und so sterilisirt. Keine Blutung, geringe örtliche Reaction. Als Nachbehandlung dienen Gurgelungen mit antiseptischen Lösungen oder Einblasungen mit Jodoform oder Jodol auf die Brandwunde. Bei Schluckbeschwerden Eispillen. Die Behandlung ist stets im Beginn der Erkrankung und auch bei Verdacht auf beginnende Diphtherie anzuwenden.

W. Beckmann.

Anton v. Eiselsberg: Ueber erfolgreiche Einheilung der Katzenschilddrüse in die Bauchdecke und Auftreten von Tetanie nach deren Exstirpation. (Wiener klin. Wochenschrift Nr. 5).

Bekanntlich hat Verf. durch eine Reihe einschlägiger Versuche den Nachweis geliefert, dass man die Schilddrüse auf das Peritoneum, besonders auch zwischen Fascie und Peritoneum verpflanzen kann; sie heilt auf ihrem neuen Boden ein, ohne resorbirt zu werden; er wies ferner nach, dass dieser Eingriff im Stande ist, die Thiere vor der tödtlichen Tetanie zu bewahren. Es blieb nun noch übrig den Beweis zu liefern, dass die verpflanzte Drüse vicariirend für die Halsdrüse functionirt. Dieses ist ihm nun in überzeugender Weise gelungen. Im ersten Falle seiner Experimente wurde bei einer Katze zunächst das Bauchfell blossgelegt, dann die linke Schilddrüse exstirpirt und zwischen Fascie und Peritoneum gebracht. Die Katze vertrug den Eingriff sehr gut. Genau nach einem Monate wurde die rechte Schilddrüse exstirpirt, ohne dass tetanieartige Symptome nach dem Eingriffe sich einstellten. Als nun aber nach einiger Zeit auch das implantirte Stück herausgenommen wurde, erkrankte das Thier schon Tags nach der Operation und ging rasch an Tetanie zu Grunde. Im zweiten Falle bekam Verf. dasselbe Resultat; hier betrug das Intervall zwischen der halbseitigen und der Totalexstirpation nur wenige Tage. Eine dritte Katze ging in gleicher Weise an Tetanie zu Grunde. Im vierten Falle traten nach Exstirpation des implantirten Restes wohl tetanieartige Symptome auf (spontanes Zittern, geringe Krämpfe), doch besserten sich bald die Erscheinungen, das Thier wurde munter und nahm etwas feste Nahrung, viel Milch zu sich. Auffallend blieb jedoch die seit dem letzten Operationsacte eingetretene rasche Abmagerung, verbunden mit vermehrtem Speichelfluss. Nach 3 Wochen traten die Symptome der Tetanie wieder deutlich auf, und die Katze verendete einen Monat nach der letzten Operation. Verf. erwähnt in seiner Arbeit auch einen Fall von Tetanie bei einer 54jährigen Frau, bei welcher er nach totaler Exstirpation der krebsig entarteten Drüse 9 Tage nach der Operation je ein Stückchen einer anderen eben exstirpirten hypertrophischen Schilddrüse zwischen Fascie und Peritoneum und intraperitoneal zu implantiren versuchte. Die Patientin ging nach 15 Tagen unter den Erscheinungen von Tetanie zu Grunde, gleichzeitig war eine schwere Bronchitis, bedingt durch partielle Gangrän der Luftröhre, vorhanden. Bei der Section zeigten sich beide Drüsenstücke ohne Adhäsion mit der Umgebung, nekrotisch und mit Eiter umgeben. Das negative Resultat kann also durch die Nekrose der implantirten Stücke bedingt gewesen sein.

Abelmann.

Fausto Faggioli: Ueber die vernichtende Wirkung des Blutes auf die Protozoen. (Arch. ital. de biologie XVI. Fasc. II—III. p. 266. 1892).

F. hat das Blut resp. das Blutserum von nicht weniger als 70 der verschiedensten Thierspecies bezüglich seiner deletären Wirkung auf Protozoen untersucht und nur wenige Fälle beobachtet, in denen sich dasselbe weniger wirksam oder gar wirkungslos erwies. Aber auch bei einigen derjenigen Thiere, deren Blut den Protozoen gegenüber indifferent zu sein schien (Carassius auratus und Helix pomata), gelang es dem Verf. deletäres Blut zu erzielen und zwar dadurch, dass er dieselben auf einige Zeit in NaCl-haltiges Wasser überführte. Ferner wurde das Blutserum der in dieser Weise behandelten Gasteropoden eingeäschert und die Asche wieder in Wasser gelöst — und auch diese Lösung zeigte volle Activität während in gleicher Art bearbeitetes Blut der Controllthiere aus Süsswasser für Protozoen unschädlich blieb. Hieraufhin hat sich Verf. durch eine Reihe von Versuchen davon überzeugt, dass nur dem hohen NaCl-Gehalt des Blutes und nicht etwa anderen Blutbestandtheilen die protozoenwidrige Eigenschaft des Blutes zuzuschreiben ist. Schliesslich sieht sich der Verf. in seiner Annahme noch durch einige Beobachtungen gestützt, welche darthun, dass das Blut von Individuen, deren Art in der Regel für Protozoen giftiges Blut besitzt (Taube, grüne Eidechse, Mensch), unter Umständen diese Eigenschaft einbüssen kann z. B. durch Inanition oder Infectionskrankheiten. Leider giebt aber Verf. nicht an, ob er bei derartigen Ausnahmefällen die Menge des in dem Blute vorhandenen NaCl bestimmt hat. Jedenfalls sind die Entdeckungen Faggioli's für die Mikroparasitologie hochbedeutsam und es steht zu erwarten, dass dieselben in dieser oder jener Weise auch von der Therapie werden ausgebeutet werden können.

Wladimirow.

Bericht über die wissenschaftliche Thätigkeit des Vereins St. Petersburger Aerzte für 1891.

Während des Jahres 1891 hielt der Verein 17 wissenschaftliche Sitzungen ab, in welchen von 28 Mitgliedern und 2 Gästen 45 wissenschaftliche Mittheilungen gemacht, 17 Patienten vorgestellt und zahlreiche Praeparate demonstrirt wurden.

Die Vorträge und Mittheilungen vertheilen sich folgendermaassen auf die einzelnen Disciplinen:

Innere Medicin.

Kernig (8. Januar): Ueber die Behandlung Tuberculöser mit dem Koch'schen Mittel im weibl. Obuchow-Hospital.

Lunin (30. April): Ueber physiologische Albuminurie.

Moritz (16. April): Ueber einen Fall von periodischer Albuminurie.

Derselbe (12. November): Zur diätetischen Behandlung der habituellen Obstipation.

Moritz und Westphalen (8. Januar und 19. Februar): Ueber die Behandlung Tuberculöser mit dem Koch'schen Mittel im Deutschen Alexanderhospital.

v. Schrenck und de la Croix (2. und 16 April): Fall von Ulcus rotundum und Carcinom des Magens.

Westphalen (2. April): Ueber die Pathologie und Therapie der Gastritis glandularis chron. simpl.

Derselbe (1. October): Ueber die Bedeutung des fehlenden HCl-Nachweises im Magensafte bei Carcinom.

Chirurgie.

Dombrowsky (19. Februar): Heftpflasterverband zur Verhütung von Hernien nach Laparotomien.

Derselbe (12. November): Radicaloperation einer Leistenhernie nach Bassini.

Schmitz (15. October): Fall von Klumpfuss, operirt nach Phelps.

Selenkow (2. April): Ueber Anastomosenbildung zwischen verschiedenen Theilen des Magen-Darmtractus.

Derselbe (26. November): Zur operativen Behandlung des Pleuraempyems.

Severin und Schomacker (5. März): Ueber die Behandlung chirurgischer Tuberculosen mit dem Koch'schen Mittel im Nikolai-Kinderhospital.

Tiling (15. October): Zwei Fälle von Arthrodese wegen paralytischen Schlottergelenkes.

Geburtshilfe und Gynaekologie.

Bidder (5. Februar):
Clemenz (22. Januar):
Dobbert (22. Januar):
Dombrowsky (22. Januar):
v. Renteln (5. Februar):
} Fälle von Graviditas extrauterina.

v. Schrenck (19. März): Graviditas extrauterina, Laparotomie, Heilung.

Wiedemann (22. Januar): Ueber Graviditas extrauterina.

Nervenkrankheiten.

Hellat (26. November): Fall von einseitiger Pharynxlähmung.

Openchowsky (30. April): Fall von Meningitis basilaris syphilitica, mit Affection der Vierhügel und des Pons.

Derselbe (14. April): Fall von atypischer progressiver Muskelatrophie.

Derselbe (14. April): Fall von partieller Epilepsie nach Hemiplegie.

Derselbe (14. April): Tumor der mittleren Schädelgrube.

Derselbe (10. December): Fall von Neuritis alkoholica mit Affection der Oculomotoriuskerne.

Ssokolow (5. Februar): Fall von Syringomyelie mit multiplen Gelenkveränderungen.

Augen- und Ohrenheilkunde.

Germann (1. October): Fall von hochgradiger Myopie, mit Erfolg operirt.

Hellat (19. März): Ueber die Anwendung des Pyoktanins in der Ohrenheilkunde.

v. Schröder (19. März): Ueber die operative Behandlung der hochgradigen Myopie (nach **Fukala**).

Derselbe (30. April): Noch ein Fall von hochgradiger Myopie, mit Erfolg operirt (complicirt mit Schichtstaar).

Hautkrankheiten und Syphilis.

Petersen (5. März): Ueber die Verbreitung der Lepra in Russland.

Derselbe (19. März): Fall von Elephantiasis.

Derselbe (17. September): Ueber Temperaturschwankungen nach tiefen Injectionen von Hydrargyrum salicylicum.

Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.

Assmuth (15. October): Ueber chronische und latente Gonorrhoe.

Ebermann (15. October): Ueber Endoskopie und Therapie der weiblichen Harnröhre.

Hagen-Torn (12. November): Fall von Carcinom der Blase.

Kinderheilkunde.

Lunin (26. November):
Masing (26. Nov. u. 10. Dec.):
Mossin (10. December):
Serck (10. December):
} Ueber die Behandlung der Diphtheritis.

Fernere Vorträge.

Buch (19. März): Ueber Kurpfuscherei und Wissenschaft.

Fremmert (17. September): Ueber die Morbiditätsverhältnisse in den Papierfabriken.

Längere Discussionen fanden statt über: Graviditas extrauterina, die Behandlung der Tuberculose mit dem **Koch**'schen Mittel, die Behandlung der Gonorrhoe, die Behandlung der Diphtheritis.

Secretär: E. **Blessig**.

Protokolle
der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1170. Sitzung am 20. November 1891.

Anwesend 46 ord. Mitgl. und 10 Gäste.

1. Dr. F. **Schultz** demonstrirt folgende anatomische Praeparate:

a) Ein Herz, welches 4 Klappen am Pulmonalostium und ein offenes Foramen ovale aufweist (accidenteller Befund bei der gerichtl. Section eines über 60 Jahre alten Mannes).

b) Ein Herz, an welchem dicht über der vorderen Aortenklappe ein Aneurysma von der Grösse eines Damenfingerhutes sitzt, welches bei seiner Berstung den Tod verursachte.

c) Die inneren Organe eines neugeborenen Kindes, welches anscheinend gesund geboren, immer schwächer athmete und nach einer halben Stunde starb; die linke Lunge ist gar nicht evolvirt, die rechte vorzüglich; im linken Pleuraraum finden sich, und zwar nicht von einem Bruchsack umschlossen, Magen, Dünndarm, Milz und Nieren. In der Bauchhöhle befinden sich blos Dickdarm und Leber.

d) Das Herz eines Selbstmörders, der sich durch einen Messerschnitt in die Brust entleibt hatte. Bei der Section gelang es überhaupt nicht, an der Aussenseite der stark sugillirten Aorta eine Wunde zu finden, während an der Innenwand eine 4—5 Mm. lange Querwunde sichtbar war. An dem im Laufe der Zeit geschrumpften Präparat gelingt es, auch an der Aussenwand der Aorta die dort kaum einen Millimeter grosse Verletzung zu sehen.

2. Dr. **Schoenfeldt** hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber das sogen. Ansteckungsirresein».

Im Anschluss an die Vorstellung zweier Geisteskranker berichtet Vortr. über eine aus 6 Personen bestehende Krankengruppe die er seit 1½ Jahren zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Der Ersterkrankte, ein 29jähriger Maurergesell, leidet seit Jahren an ausgesprochener expansiver religiöser Paranoia und vermochte zweien Schwestern und seinem Bruder seine Wahnideen von der ihm zugefallenen Mission des wiedergekehrten Christus, seinem Welterlöserthum u. s. w. glaubhaft zu machen, so dass die Angehörigen nicht nur die äusserst auffallende Veränderung in dem Wesen, der Haartracht etc. des Kranken unbehindert sich vollziehen liessen, sondern auch die dem Pat. nothwendig scheinende Abänderung seiner Kleidung bewerkstelligten.

Wegen Störung des Gottesdienstes der Anstalt Rothenburg überwiesen, gelang es ihm, in seinem Wärter sich einen gläubigen Jünger heranzubilden und unter thätiger Mitwirkung des Letztern auch noch auf den jüngern Bruder des Wärters das religiöse Wahnsystem zu übertragen. — Der ersterkrankte Maurergesell und sein ehemaliger Wärter werden vorgestellt, der jüngere Bruder ist bereits der Anstalt entnommen worden.

Nach eingehender Wiedergabe der Krankheitsgeschichten bespricht Vortr. die diesbezügliche Litteratur und schliesst, nachdem er die Nothwendigkeit einer präcisen Begriffsbestimmung begründet, den grössten Theil der hierher gezählten Fälle aus der Zahl der «Nachahmungspsychosen» aus.

Die Annahme einer imitatorischen Psychose sei erst dann berechtigt, wenn

1. bei der zweiterkrankten Person das Bestehen einer den bekannten Krankheitsformen sich anreihenden Psychose nachgewiesen ist;
2. die Geisteskrankheit der ersterkrankten Person die specifische, nicht zufällige, Ursache der zweiten Erkrankung ist und wenn
3. die zweite Erkrankung — als Product der Nachahmung — der Primärerkrankung in der Form gleichartig ist.

(Autorreferat).

(Der Vortrag wird in ausführlicher Bearbeitung im Druck erscheinen).

Dr. **Tiling** macht auf die cardinale Bedeutung solcher Fälle von Imitationspsychose für die Beurtheilung der Aetiologie von Geisteskrankheiten aufmerksam. Sie beweisen, dass eine anatomische Hirnveränderung nicht die primäre Ursache einer Psychose zu sein braucht; dass solche Psychosen, eine Krankheitsdisposition als Naturanlage vorausgesetzt, als abnorme Function von Centralorganen, die auch normal functioniren können, aufzufassen sind. — Die Prognose der Fälle ist fraglich; sie wird schlecht, wenn sie in ausgesprochene Paranoia übergegangen.

Dr. **Holst** erkennt Dr. **Schoenfeldt**'s Kritik an der bezüglichen Litteratur im Allgemeinen voll an; glaubt aber, dass Vortr. in einem Falle (Finklenburg IV) zu weit gehe, und ebenso, dass das Postulat: die zweite Erkrankung müsse der Primärerkrankung in der Form völlig gleichartig sein, zu weit gegriffen sei. Im erwähnten Falle Finklenburg's haben sich die Grössenideen des primären Falles von Dementia paralytica auf die Frau übertragen, die jedoch paranoiisch wurde. Dr. Holst will auch die Paralyse für geeignet halten, Imitationsirresein zu provociren; er fordert für den secundären Fall blos, dass er im Anfangsstadium dem primären gleicht.

Dr. **Schoenfeldt** fasst den erwähnten Fall Finklenburgs anders auf als Dr. **Holst**: die im Klimakterium befindliche Frau gerieth bei der anstrengenden Pflege des paralytischen Mannes aus ihrem psychischen Gleichgewicht und reproducirte in der Anstalt anfangs Grössenideen ihres Mannes, die sie aus tausendfältigem Hören in frischem Gedächtniss hatte. — Dass Patienten in der ersten Zeit ihres Anstaltsaufenthalts Reminiscenzen aus jüngster Zeit reproduciren, sei nun ein so gewöhnlicher Fall, dass sich dies für die Diagnose imitatorischen Irreseins durchaus nicht verwerthen lässt.

Dr. **Donner** sieht in dem zweiten Falle des Vortr. nicht ein imitirtes, sondern ein suggerirtes Irresein, und proponirt überhaupt letztere Bezeichnung an Stelle ersterer zu setzen — ein Vorschlag, auf den Dr. **Schoenfeldt** nicht eingeht, weil in einer Reihe von veröffentlichten Fällen absolut keinerlei Beeinflussung des Zweiterkrankten von Seiten des Ersterkrankten stattgehabt habe; — in den meisten Fällen spielen, wie in seinen, Beeinflussung und Nachahmung gleichzeitig eine Rolle, letztere aber die grössere.

Wegen vorgerückter Stunde wird die Fortsetzung der Discussion auf die nächste Sitzung verschoben.

1171. Sitzung am 4. December 1891.

Anwesend 54 ord. Mitgl. und 12 Gäste.

1. **Praeses** widmet dem verstorbenen permanenten Gaste Dr. J. A. **Berendt**, sowie dem verstorbenen ord. Mitgliede der Gesellschaft, Medicinalinspector Dr. N. **Hess** warme Worte des Nachrufs. Die Gesellschaft ehrt das Andenken der Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen.

2. Im Anschluss hieran berichtet Dr. **Hampeln** über den Krankheitsverlauf, Dr. **Krannhals** über den Sectionsbefund bei dem verstorbenen Collegen **Hess**.

Dr. **Hess** bot vor etwa 2 Jahren Veranlassung an die Entwickelung eines Herzleidens zu denken, doch ohne irgend welche scheinbare oder offenbare Insufficienzerscheinungen. Weder Schmerzen, noch Athemnoth, noch Herzklopfen bestanden; der Urin, oft untersucht, erwies sich stets normal, nur die Verdauung war etwas träge. Der Aufenthalt in Marienbad und Carlsbad that ihm wohl. Eine Consultation in Berlin und nach einigen Monaten in Dorpat hatte wie der Verstorbene erzählte,

keine Zurückweisung des Verdachtes eines Herzleidens ergeben, doch wurde die Beschaffenheit der Verdauungsorgane, die Unterleibsplethora als wesentlich betont, um so mehr, als objective Zeichen einer Herzerkrankung sicherer Art nicht vorlagen. So war es in den verflossenen 2 Jahren. Im August dieses Jahres hörte Vortrgd. zum ersten Mal ein leises systolisches Aortengeräusch, aber nicht immer, bei normalem Pulse und übrigens intacter Herzaction. Seitdem klagte H. über leichte Druckempfindungen in der Magengegend. Vortrgd. war geneigt, diese als leichte Attaquen von Angina pectoris aufzufassen und verordnete Jodkali. Einige Zeit später traten sich häufig, auch Nachts wiederholende, als Koliken empfundene, oft heftige Schmerzen ein, verbunden mit gurrenden Geräuschen. Meist hörten sie plötzlich auf, nachdem Gase oder der feste Darminhalt scheinbar die Gegend oberhalb des Nabels passirt hatte. Meist erfolgte ein Stuhl oder gingen wenigstens reichlich Flatus ab. Aber auch die erschütternde Bewegung des Fahrens wurde unangenehm empfunden und pflegte H. zur Abschwächung des Stosses zusammengekauert zu sitzen und den Leib mit den Händen zu stützen. Wenn Vortr. dennoch eine Weile, oft zum Aerger des Patienten, an der Annahme einer Angina festhielt, so geschah das doch nur, weil er seinen Schilderungen und seiner Localisation nicht gleich traute. Allgemach aber musste er sich überzeugen lassen, dass in der That eine intestinale Neuralgie vorlag, für welche in der chronischen, Wochen dauernden Obstipation genügende Veranlassung gegeben zu sein schien. Es kam nur mit Hilfe von Laxantien und Darmspülungen zu flüssigen, breiigen und spärlichen, mitunter schleimigen Ausleerungen, nie zu normal gefärbtem und geformtem Stuhl. So war es dem Vortr. denn ein Trost zugeben zu können, dass ein Darmleiden und zwar ein selbständiges vorliege, obschon sich die freilich leicht zu beseitigende Befürchtung eines stenosirenden Neoplasmas oder einer Stenose, anderer Provenienz mitunter regte. So ging es, schliesslich bei leidlichem Befinden bis zum 26. Nov. 1891. An diesem Tage wurde Vortr. um 5 Uhr Nachmittags zum Kranken berufen. Er war nach einer guten Nacht bei Tisch plötzlich von einem äusserst heftigen Schmerz in der Regio epigastrica befallen worden, bot jetzt das Bild eines schweren, lebensgefährlichen Zustandes. Kalte Extremitäten, ein weicher, kleiner, kaum fühlbarer Radialpuls (140 in der Min.) wiesen auf die Betheiligung des Herzens hin. An Stelle des ersten Herztones ein leiser, kaum hörbarer Doppelton, ein ebenso leiser 2. Aortenton, Galloprythmus, kein Spitzenstoss, Herzdämpfung nicht verbreitert. Zunächst wurde an die Möglichkeit einer blossen Chocwirkung gedacht, in zweiter Reihe an Perforation eines Aneurysma in den Herzbeutel, den retroperitonealen Raum, an Aneurysma dissecans. Darum zunächst Opiate und Eis. Erstere Annahme einer Chocwirkung wurde bald aufgegeben, als die Herzschwäche trotz nachlassender Schmerzen fortdauerte. Aber auch die Perforation eines Aneurysma konnte, je länger das Leben währte, nachdem im Laufe von 16 Stunden sogar eine geringe Aufbesserung der Herzkraft bemerkbar wurde, zurückgewiesen werden; ebenso die Annahme eines An. dissecans: So wurde denn bald die Ueberzeugung nahe gelegt, dass die Ursache der acuten Herzparese im Herzmuskel selbst zu suchen sei und zwar höchst wahrscheinlich in einer Infarcirung des Herzens in Folge von Thrombosirung oder Embolisirung der Art. conaria und dieses wieder in Folge einer Sklerose der Coronararterie. Dieser Diagnose schlossen sich denn auch die hinzugezogenen Collegen an. Ja, es knüpfte sich an sie die Hoffnung, es könnte, wenn nur noch eine Weile das Leben erhalten bliebe, ein Collateralkreislauf sich ausbilden und so wieder relative Genesung eintreten.

Diese Hoffnung auf ein wenn auch unwahrscheinliches, so doch mögliches Ereigniss wurde jedoch bald vernichtet. Etwa 2 Tage nach Beginn der schweren Erkrankung, am 28. Nov. Mittags ½3 Uhr, fand Vortrgd. den Patienten, welcher vorher sich relativ wohl gefühlt hatte und an seine mögliche Genesung zu glauben begann, im schlimmsten, jetzt wohl hoffnungslosen Zustande. Geringe Benommenheit. Athemnoth, R. 40, wieder eiskalte Extremitäten, verfallene Gesichtszüge, keine Spur von einem Radialpulse, keine Spur von einem Herztone oder einer Herzerschütterung, nur an der Carotis lässt sich eine Pulsregung bei übrigens stets ungestörter Regelmässigkeit von 52 in der Min. nachweisen. Bald entwickelte sich das Cheyne-Stoke'sche Phänomen. Während der nun bis zum Abend eingeleiteten Chloroformnarkose (es waren c. 100 Gramm verbraucht) und unter fortgesetzten Injectionen von Campheröl (stündlich 2 Spritzen, im Ganzen c. 7,0 Gramm) trat wiederum geringe Besserung ein. Das Cheyne-Stoke'sche Athmen wich dem gewöhnlichen Typus, die Kälte der Extremitäten liess nach, Patient wurde ruhiger; die Herzthätigkeit freilich bewahrte den gleichen objectiven Charakter grösster Schwäche. Dabei blieben die Lungen frei, nur im Bereich des rechten Unterlappens etwas Rasseln. Anurie. Die Nacht vom 28. auf den 29. Nov. wurde ruhig verbracht und verlief auch der nun folgende Tag, der 29. Nov. bei besserem Befinden. Es wurde wieder Nahrung (Bouillon, Gelée, Wasser mit Wein) angenommen, das anfängliche Erbrechen galliger Massen hatte aufgehört, die Extremitäten waren weniger kühl, Respiration 40 in der Min., regelmässig und gleichmässig, keine Cyanose, 2. Aortenton wieder vernehmbar, sonst die gleiche Pulslosigkeit. Es lässt sich dieses Mal der harte, verdickte, schmerzhafte Leberrand unterhalb des Rippenbogens bei erschlafften Bauchdecken deutlich fühlen; die Herzdämpfung ist nach links über die Mamillarlinie hinaus stark ausgedehnt. An diesem letzten Tage ereignete sich nichts Besonderes, bis Abends ½9 Uhr mit einem inspiratorischen Schrei plötzlich die Respiration stockte und nun auch in wenigen Minuten der Tod erfolgte.

Die Section ergab: myokarditische Herde beider hypertrophirter Ventrikel, hochgradige Sklerose der Art. coronaria beiderseits, Thrombosirung ihres linken Astes, Verdickung des Endokards, der Aortenklappen, Sklerose der Aorta, arteriosklerotische Schrumpfniere, grosse, harte Leber, vergrösserte Milz. Lungen normal. Keinerlei Hydrops.

Es erfuhr also einerseits die intra vitam gestellte Diagnose einer Thrombosirung der sklerosirten Coronararterien eine Bestätigung, andererseits wurde durch die Section eine Erkrankung der gesammten Gefässapparates aufgedeckt, welche nicht erst seit gestern entstanden sein konnte, nämlich die vorgeschrittene Aorten-Coronarsklerose, Nieren- und Lebersklerose, endlich die ausgedehnte Myokarditis und Herzhypertrophie. Es drängt sich darum die weitere Frage nach den Beziehungen dieses anatomischen Befundes zu den früheren Krankheitserscheinungen auf. Da überrascht denn zunächst die Fülle anatomischer Veränderungen, auf welche während des Lebens kein klinisches Zeichen hingewiesen hat. Ein Beispiel mehr für die Thatsache, dass wichtige anatomische Veränderungen auch dieses Organs mit klinischer Latenz wohl vereinbar sein können, welches wir darum einfach zu registriren haben. Auf der anderen Seite ist trotz dieser Fülle eine Erklärung der in den letzten Wochen auffallenden Leibschmerzen nicht ohne Weiteres gegeben. In erster Reihe dürfte da wohl an eine larvirte Angina pectoris gedacht werden, da, wie andere Erregungszustände, auch die der sensiblen Herznerven nicht am Erregungsorte selbst, sondern zugleich, oder selbst allein in entfernten Nervengebieten als Schmerz zur Wahrnehmung gelangen können. In diesem Falle jedoch glaubt Vortrgd., alles das zugegeben und ganz abgesehen von der grossen Seltenheit eines Versteckens der Angina pectoris hinter einer Enteralgie, eine derartige Erklärung zurückweisen zu müssen, ohne darum den freilich verborgen gebliebenen Zusammenhang der abdominalen Visceralgie mit dem Herzleiden zu negiren. Für die Selbständigkeit der abdominalen Visceralgie spricht ihre Abhängigkeit von der Fortbewegung des Darminhaltes durch das Colon transversum, von der Haltung des Kranken, erschütternden Bewegungen, endlich das Zusammenfallen der Stelle des spontanen Schmerzes mit dem Leberrande entsprechenden Druckschmerz. Diesen hält Vortrgd. darum auch für den eigentlichen Schmerzherd. Dieses spricht aber für die Abhängigkeit des Schmerzes vom Herzleiden überhaupt, welches ja eine Stauung der dazu cirrhotischen Leber, wohl in den letzten Wochen, bewirkt hatte. Welch heftige Schmerzen aber eine Stauungsleber begleiten können, ist bekannt genug. Es hat sich in den letzten Lebenswochen um einen Leberschmerz gehandelt, begründet in der venösen Stauung und gelegentlich durch die Darmbewegungen und körperliche Erschütterungen hervorgerufen. Von ihm ist gänzlich zu scheiden die letzte heftige, den tödtlichen Ausgang einleitende Schmerzattaque, welche ganz nach Art einer schweren Angina pectoris einsetzte und sich auch mit dem bekannten Schmerz im linken Arm verband.

Wir haben es hier also wieder mit einem wichtigen Fall einer allgemeinen, die Organe ergreifenden Sklerose zu thun, um so lehrreicher, als ihre unheilvollen Wirkungen sich in so rascher Folge entwickelten und noch dazu in ungewöhnlicher, französischerseits bereits betonter Reihenfolge. Das erste prägnante klinische Symptom Lebersklerose und davon abhängige Darmsymptome bei latenter Nieren — und Herzsklerose, endlich, kurz vor Thoresschluss, die acuten, rasch zum Tode führenden Erscheinungen der Herzerkrankung. Letztere gruppirten sich zum Bilde einer Herzinfarcirung: hochgradige Herzschwäche, plötzlich und anhaltend leerer Puls bei fehlenden Stauungserscheinungen, Anurie, geringe Besserung, dann wieder Verschlimmerung bis zu völligem Stillstande der Herzthätigkeit, anfänglich beschleunigter, schliesslich verlangsamter Puls.

3. Dr. A. Bergmann verliest seinen angekündigten Vortrag: «Zur Indication der Trepanation».

Vortr. stellt einen 24jährigen Arbeiter vor, der sich am 3. October c. 2 Revolverkugeln in die rechte Schläfe geschossen. Die etwa 3 Mm. messende Einschussöffnung liegt dicht vor dem oberen vorderen Rande des Helix, die zweite höher und mehr nach vorn. Kein Bewusstseinsverlust, kein Erbrechen, klares Sensorium. Nachdem sich in der Nacht auf den 5. October grosse Unruhe eingestellt, bei einer Pulsfrequenz von 53, die Temperatur auf 38,4 gestiegen, wird operativ eingegriffen. Der oberen Wunde entsprechend findet sich im Stirnbein eine 2 Ctm. lange und 1½ Ctm. breite Schussfrac-

tur; die Knochenfragmente liegen fast alle extradural, das Loch in der Dura liegt nach oben und vorn von der äusseren Schädelwunde; aus der Wunde dringen Blutcoagula und Hirnbröckel; im Stirnlappen eine kleinapfelgrosse Höhle. Die Kugel wird nicht gefunden. Tamponade der Wunde mit sterilisirter Gaze. — Der zweite Schusscanal liegt tangential zum knöchernen Schädel, er wird nicht weiter verfolgt. Bis zum 22. Oct. allnächtliches Bettnässen; viel Kopfschmerzen, die um den 10. Novbr. schwinden. Am 14. Novbr. hat sich die Hirnwunde geschlossen.

Vortr. referirt über 3 weitere Fälle von Trepanation wegen complicirter Schädelfractur mit Hirnverletzung, von denen zwei Verletzungen des Stirnlappens geheilt wurden, während eine Verletzung des Schläfenlappens erst 12 Stunden nach der Verletzung zur Operation kam und durch Meningitis letal endete.

In Betreff der Trepanation wegen Hirnabscess theilt Vortr. 4 Krankengeschichten mit, welche die Schwierigkeit der Diagnose bei fehlenden Herdsymptomen illustriren. 2 betreffen extradurale Abscesse, in einem Fall handelt es sich um Hydrops des rechten Seitenventrikels bei einem tuberculösen Individuum. Im 4. Fall — Comminutivfractur des Unterkiefers durch einen Balken, welcher von der linken Seite her den Kopf des Pat. getroffen — treten am 8. Tage nach der Verletzung folgende Erscheinungen auf: Fieber, linksseitiger Kopfschmerz, Erweiterung der linken Pupille und Retinalhyperaemie, Rücken- und Nackenschmerzen bei ansteigender Temp. Puls verlangsamt und dikrot. Die Hauttemperatur hinter dem linken Ohr um 0,6 u. mehr höher als hinter dem rechten. Diagnose: Basisfractur durch die mittlere Schädelgrube, Abscess im Schläfenlappen. Trepanation: die Dura pulsirt nicht, das Scalpell wird nach mehreren Richtungen hin ins Hirn gesenkt, stösst aber nicht auf Eiter. — Am folgenden Tage Puls 82, am übernachsten Tage Temperaturabfall und Schwinden sämmtlicher Erscheinungen in den nächst folgenden Tagen; ungestörte Heilung. (Autorreferat).

4. Fortsetzung der Discussion über Dr. Schönfeldts Vortrag über das sog. Ansteckungsirresein.

Dr. Packiewicz sieht in der Nachahmung bereits ein Symptom der Erkrankung, die Ursache dagegen in Suggestion und will die Krankheit von Dr. Schoenfeldt's erstem Pat. mit Paranoia hallucinatoria, die des Zweiterkrankten mit Paranoia suggestiva bezeichnen.

Dr. Tiling giebt die Möglichkeit zu, dass nur ein Kranker ein solches Krankheitsbild imitirt. — Die Bezeichnung «Paranoia hallucinatoria» für den Fall sei nicht wohl anwendbar, weil Hallucinationen in dem Krankheitsbilde anderen Erscheinungen gegenüber sehr zurücktraten und sich überhaupt nur ganz vorübergehend zeigten. Den Fall II ins Gebiet der gewöhnlichen Paranoia zu zählen, ist unthunlich, weil diese ein protrahirtes Initialstadium hat, während dessen nur vage nervöse Symptome beobachtet werden und bei dieser Krankheit erst spät ein festes Wahnsystem auftritt. Das feste Wahnsystem ist aber die erste Krankheitsäusserung des Pat. II — die Erkrankung kann demgemäss nicht als gewöhnliche Paranoia aufgefasst werden.

Dr. Schönfeldt führt aus, wie die Nachahmung, eine Lebensäusserung eines jeden Menschen von der Wiege an, an und für sich noch kein Ausdruck von Geisteskrankheit ist. Ausführliche Behandlung der äusserst subtilen und schwierigen Frage, wieweit Beeinflussung und wieweit Nachahmung eine ursächliche Rolle gespielt, sei in dem Rahmen des einen Vortrags unthunlich gewesen; er hoffe dies noch in einem besondern Vortrage thun zu dürfen. In der Litteratur werde diese Frage nur selten berührt, und wo dies geschieht, da falle die Antwort in dem Sinne aus, dass Suggestion nur selten, und nie die einzige Ursache der Imitationspsychosen sei.

Dr. Holst erklärt sich mit dem Gedanken Dr. Donner's, die Imitationspsychosen mit Suggestion zu erklären, nicht einverstanden. Dr. Holst will von Suggestion nur sprechen, wenn die Absicht des Suggerirenden in seinem Object eine bestimmte Vorstellung hervorzurufen, vorliegt. Bei Geisteskranken könne doch von der Absicht, einem Andern seine patholog. Erscheinungen zu übertragen, nicht wohl die Rede sein.

Dr. Dehio führt aus, wie ungeheuer schwierig es sei, eine scharfe Grenzlinie zwischen Suggestion und Nachahmung zu ziehen. Nicht speculativ, sondern auf klinischem Wege sei zu entscheiden, welcher von diesen Factoren bei den sogen. Imitationspsychosen die maassgebende Rolle spiele. — Für Dr. Schönfeldt's Fälle sei entscheidend, dass der Ersterkrankte bereits etwas schwachsinnig war, als sein Wächter krank wurde; ein Schwachsinniger könne nun doch nicht wohl einem Nichtimbecillen etwas suggeriren. Die thatsächliche Prädisposition zur psychischen Erkrankung beim Zweiterkrankten halte er für sehr viel wichtiger, als den Einfluss des Ersterkrankten auf ihn. — Aus der Litteratur kennt Dr. Dehio eine Reihe von Fällen, wo jeder Einfluss völlig ausgeschlossen ist; die Möglichkeit jedoch, dass auch Suggestion denselben Effect haben könne, wie für's Gewöhnliche die Imitation, wolle er zugeben.

Dr. Donner concedirt den Vorrednern nichts. Er sehe keine Veranlassung den Begriff «Suggestion» so eng zu fassen, wie Dr. Holst es gethan, da es Suggestion ohne Absicht giebt. «Ich sehe in der Beeinflussung eines Menschen durch den Andern immer Suggestion».

Dr. Eduard Schwarz warnt wie Dr. Holst, vor der verwirrenden Verallgemeinerung des Begriffs «Suggestion». Das Wort ist in Gebrauch gekommen für die specifische Beeinflussung in Hypnose. Wird derartige Beeinflussung ohne Hypnose ausgeübt, so füge man, wohlbegründeter Weise, stets hinzu: Suggestion in wachem Zustand. Man habe nur Veranlassung, bei diesem Gebrauch zu verbleiben, keinerlei Ursache jedoch sich Dr. Donner's Verallgemeinerung des Begriffs, «Suggestion» anzuschliessen. Ein Mensch beeinflusst den andern durch Beispiel, durch Befehl, durch Anregung zum Nachdenken etc. — warum soll dieses Alles Suggestion genannt werden?!

Da die Discussion auf die Frage der Suggestion übergegangen ist, über dieses Thema aber für die nächste Sitzung ein Vortrag in Aussicht steht, wird auf Vorschlag des Präses die Discussion geschlossen.

5. Dr. Hampeln demonstrirt Leber und Milz des Patienten, welchen er am 20. März 1890 in der Gesellschaft als einen Fall von Lebercirrhose, der den Ausgang in relative Genesung genommen, vorstellte. Derselbe ist jüngst an einer intercurrenten Krankheit gestorben.

z. Z. Secretair: Heerwagen.

Vermischtes.

— Die Professoren der militär-medicinischen Academie L. W. Popow (Therapeut) und N. P. Iwanowski (Patholog) sind nach Ausdienung der 25jährigen Dienstzeit auf weitere 5 Jahre in ihren bisherigen Stellungen belassen worden.

— Der Prosector beim Lehrstuhl der Anatomie an der militär-medicinischen Academie, Dr. S. N. Delizin, hat sich mit einstimmiger Genehmigung der Conferenz als Privatdocent für Anatomie an der Academie habilitirt.

— Der Professor der Hygiene an der Moskauer Universität, Dr. Erismann, hat seine Stellung als Leiter des Landschafts-Sanitätswesens im Gouvernement Moskau mit dem Beginn dieses Jahres aufgegeben.

— Verstorben: 1) Am 30. Januar in Twer der frühere Medicinal-Inspector, Staatsrath Dr. Paul Milowski, welcher sich erschossen hat. Der Verstorbene sah sich im vorigen Jahre genöthigt, seine Stellung als Medicinal-Inspector aufzugeben und war in Folge dessen schwermüthig geworden. Die Liebe und Achtung, welche M. unter seinen Collegen und im Publicum genoss, sprach sich deutlich bei seiner Bestattung aus. Es ist bereits eine Summe zu einem Denkmal für den Verstorbenen gesammelt worden. 2) In Kronstadt der frühere ältere Ordinator am dortigen Marienhospital, Staatsrath W. S. Alaschejew im 62. Lebensjahre. 3) In Nikolajew der ältere Ordinator und Professor am Marienhospital daselbst, Staatsrath J. O. Popow. 4) In Moskau am 8. Februar der dortige praktische Arzt Anton Diemunsch. 5) In Brüssel am 27. Februar n. St. der frühere Generalinspector des Sanitätswesens der belgischen Armee, Dr. Charles Hubert De Change. Der Verstorbene, welcher früher an der Lütticher Universität docirte, war ein bedeutender Chirurg und hat sich durch seine gelehrten Schriften, sowie durch die von ihm erfundenen Verbesserungen chirurgischer Instrumente bekannt gemacht. 6) In Heidelberg der dortige auch in weiteren Kreisen bekannte Pauk-Doctor Friedr. Immisch im 72. Lebensjahre in Folge eines Schlagflusses. Seinem Wunsche gemäss wurde die Leiche im neuen Crematorium in Heidelberg verbrannt. Immisch hat fast 40 Jahre lang das Amt eines Paukarztes bei den Studenten in Heidelberg versehen; während dieser Zeit hat er mehr als 30,000 Mensuren beigewohnt.

— Am 22. Februar fand im Sitzungssaale der städtischen Duma die statutengemässe Generalversammlung der St. Petersburger ärztlichen Gesellschaft zur gegenseitigen Hilfe statt. Die von etwa 200 Mitgliedern besuchte Versammlung, welcher Prof. Iwanowskij präsidirte, nahm mit Befriedigung die Berichte des Präsidenten des Vorstandes Dr. Ebermann, des Secretärs Dr. Tscherepnin und des Cassirers Dr. Trojanow entgegen. Aus den Berichten geht hervor, dass die Gesellschaft ihre in den Statuten ausgesprochenen Ziele im ersten Jahre ihres Bestehens in erfreulicher Weise verfolgt hat, und zwar in dreierlei Richtung: materielle Unterstützung hilfsbedürftiger Collegen und deren Angehöriger, Vertretung einzelner Mitglieder vor Gericht und Schlichtung persönlicher Differenzen zwischen Collegen durch das Ehrengericht. Die gewährten Unterstützungen konnten freilich bei den noch geringen Geldmitteln der Gesellschaft nur bescheidene sein. Die Vertretung der Mitglieder vor Gericht durch den Jurisconsulten der Gesellschaft, Herrn Rechtsanwalt Leontjew, hat sich in zwei Fällen glänzend bewährt: in dem einen wurde der verklagte College in zwei Instanzen freigesprochen, in dem anderen das gerichtliche Verfahren ein-

gestellt. Das Ehrengericht trat im Berichtsjahre zweimal zusammen. Folgende Fragen wurden von der Versammlung dem Vorstande zur Berathung überwiesen: Gründung eines Consumvereins. Gewährung von Darlehen an Mitglieder der Gesellschaft, collective Lebensversicherung von Mitgliedern. Das Ehrengericht, welches in seinem gegenwärtigen Bestande per acclamationem für das nächste Jahr wieder gewählt wurde, soll eine Instruction für die Ehrenrichter ausarbeiten, in welcher die Competenzen derselben fixirt werden. Zu Ehrenmitgliedern der Gesellschaft wurden erwählt: der Präsident des Medicinalraths, Akademiker Geh.-Rath Paschutin, der Director des Medicinaldepartemens, wirkl. Staatsrath Dr. Ragosin, und der Oberprocureur Geh.-Rath Koni. In einigen Gouvernementstädten sind Zweigvereine entstanden oder in Entstehung begriffen.

— Nach dem soeben herausgegebenen Personalverzeichniss der Kais. Universität zu Dorpat, welches zum ersten Mal in russischer Sprache erschienen ist, betrug die Gesammtzahl der Studirenden zum 1. Februar d. J. 1682 gegen 1723 am 1. September und 1784 am 1. Februar 1891. Die medicinische Facultät hat trotz des allgemeinen Rückganges der Zahl der Studirenden gegen das vorige Semester doch noch einen Zuwachs erfahren: die Zahl der zu derselben gehörenden Studirenden beläuft sich auf 1017 gegen 1014 im vorigen Semester. Was die Herkunft der Studirenden betrifft, so stammen aus den Ostseeprovinzen 1020 (gegen 1044 im vorigen Semester), und zwar aus Livland 591 (gegen 606) aus Kurland 313 (gegen 303) und aus Estland 116 (gegen 135). Die Zahl der aus dem Innern des Reiches Stammenden betrug insgesammt 635 (gegen 674 im vorigen Semester). Die Zahl der Ausländer betrug 7 und diejenige der nichtimatriculirten Zuhörer 8. (N. D. Ztg.).

— Die Königl. Academie der Medicin und Naturwissenschaften in Brüssel hat für die Bearbeitung der von ihr gestellten Preisaufgabe: Ueber die Aetiologie, Diagnose und Behandlung der Eileiterentzündungen» den Preis Leutin (gross 5000 Frcs.) einstimmig einem deutschen Arzte, Dr. Theodor Landau in Berlin, zuerkannt. Die in französischer Sprache verfasste Monographie wird auf Kosten der Academie veröffentlicht werden.

— Der 17. französische Chirurgen-Congress wird unter dem Vorsitz des Prof. Demons (Bordeaux) am 18. April n. St. in Paris eröffnet werden. Auf der Tagesordnung stehen: die chirurgische Gangrän, die infectiösen Processe bei Erkrankungen des Harnapparates und die Chirurgie der Gallenwege.

— Wie die «Allg. med. Central-Ztg.» erfährt, wird Prof. Klebs, welcher bekanntlich die Impfungen mit dem von ihm dargestellten «Tuberculocidin» fortsetzt, in nächster Zeit die bisherigen Ergebnisse seiner Forschungen über dieses Mittel in Form einer Brochüre veröffentlichen.

— In der Kiewschen geburtshilflichen Klinik hat ein Student (im I. Semester), welcher eine Kranke daselbst besuchte, diese Kranke und darauf sich selbst erschossen.

— Die Influenza-Epidemie ist bei uns, wie auch in allen Theilen des russischen Reiches in rapider Abnahme begriffen. Aus Deutschland, Oesterreich, Frankreich und England wird dasselbe gemeldet. Nur Belgien, Dänemark und scandinavische Halbinsel weisen noch nenneswerthe Ziffern auf.

— In vielen Städten des Ostens und Südens von Russland, namentlich aber in den von der Hungersnoth heimgesuchten Gegenden, herrscht der Flecktyphus epidemisch und breitet sich immer weiter aus. Odessa, Charkow, Kasan, Saratow, Pensa, Jekaterinburg und andere grosse Städte haben eine so grosse Zahl von Typhuskranken, dass besondere Typhushospitäler eingerichtet werden mussten. In Charkow sind die Aerzte Trachtenberg, Tschugajew und Krawzow, in Kasan Dr. Arnoldow am Flecktyphus erkrankt. In Jekaterinburg ist eine Strasse fast im Centrum der Stadt für den Verkehr gesperrt worden, da diese Strasse zu den vom Flecktyphus inficirten gehört.

— Die von der Kasanschen Duma beabsichtigte Errichtung eines Cordons um die Stadt zur Abwehr der Verschleppung des Typhus durch einwandernde Bauern (cfr. Nr. 5, S. 55 unserer Wochenschr.), wird nicht zu Stande kommen, da der Gouverneur eine derartige Maassregel für ungesetzlich erklärt hat.

— Wie die Tagesblätter melden, soll das beim Medicinaldepartement ausgearbeitete Project einer Honorar-Taxe für Aerzte bereits dem Reichsrath zur Bestätigung unterbreitet worden sein.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 3. März.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 9. März.

Дозв. ценз. Спб. 28 Февраля 1892 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Wienecke, Katherinenhofer-Pr. № 15.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 10 St. Petersburg, 7. (19.) März **1892**

Casuistische Mittheilungen.

Von

Dr. Zoege von Manteuffel,

Docent der Chirurgie in Dorpat.

I. Verletzung der Arteria und Vena coronaria ventriculi dextra. Unterbindung. Heilung.

Hans Lestmann, 39 Jahre alt, aus Lugden, Schuster in Dorpat, stach sich, nachdem er 3—4 Tage Zeichen von Delirium potatorum gezeigt, am 27. September 1890 Morgens mit einem Schustermesser durch die Kleider in die Gegend der Herzgrube. Er wurde durch die Polizei auf die psychiatrische Klinik gebracht, wo er früher als Wärter gedient hatte, und legte den Weg bis zur Anstalt zu Fuss zurück. Bald nach der Aufnahme collabirte er plötzlich unter kaltem Schweiss. Das wiederholte sich unter Angstgefühl, Steifwerden der Glieder sowie unwillkürlichem Abgang von Koth noch 2 mal in kurzen Intervallen. Da eine intraabdominelle Blutung anzunehmen war, consultirte mich Prof. Kraepelin. Ich traf den überaus anämischen Kranken bei vollem Bewusstsein, etwas dyspnoisch. Puls c. 100, klein. — Eine Handbreite von der Mittellinie, 2 Fingerbreiten unter dem linken Rippenbogen und parallel demselben findet sich eine 4 Cm. lange Wunde, deren oberer Rand abgeschrägt, deren abwärtiger unterminirt erscheint. 5 Cm. weiter abwärts eine zweite 1½ Cm. lange ebenfalls gradlinige Schnittwunde parallel der ersten.

Die Lage der äusseren Wunde legte den Verdacht einer Verletzung des Magens nahe. Jedoch fehlten alle übrigen Symptome einer Laesion dieses Organs, wie Blutbrechen etc. und praevalirte im Symptomenbild die Anaemie. Wenn somit eine Verletzung des Magens nicht sehr wahrscheinlich war, musste schliesslich die Verwundung des Colon als möglich bezeichnet werden. Ich insufflirte daher per anum Wasserstoffgas (nach Senn) konnte jedoch an keiner der beiden Wunden eine Flamme entzünden. Zugleich trieb sich das vorher ziemlich eingesunkene Abdomen etwas auf. Ich liess daher das Rohr im Mastdarm liegen in der Hoffnung, dass das Gas entweichen würde.

Darin sah ich mich getäuscht, wagte auch aus nahe liegenden Gründen nicht einen Druck auf das Abdomen, zur Austreibung des Wasserstoffgases, auszuüben. Erweiterung der Wunde. Nach dem Hautschnitt schon lag Netz vor. Spaltung der Bauchdecken auf dem durch die Wunde eingeführten Finger bis zur Mittellinie, wobei der Rectus sinister quer durchtrennt wird. Es liegt die Magenwand vor. Sie erscheint überall intact, desgleichen das Lig. gastrocolicum und das Colon. Ueberall dringt Blut in beträchtlicher Menge zwischen den Intestinis hervor, namentlich von oben her. Sofort Schnitt in der Linea alba vom Proc. xiphoideus bis 3 Querfinger über den Nabel. Leber unverletzt, ebenso Milz. Da es den Anschein hat, als wenn das Blut namentlich hinter dem Magen hervorquillt, wird dieser mit dem Netz heraufgeschlagen. Bei allen Manipulationen stören die stark geblähten Därme sehr. Auch hier die Quelle der Blutung nicht zu finden. — Endlich, wie ich den stark gefüllten Magen herabziehe, der Assistent Leber und Rippenbogen gewaltsam herauf hebt, findet sich unter dem vorquellenden Blut ein ca. 1½ Cm. grosses Loch im Omentum minus. Die Oeffnung wird stumpf erweitert und ein über 2 Faust grosses Gerinnsel zwischen den Blättern des Omentum entfernt und dabei die Quelle der Blutung entdeckt. Arteria und Vena coronaria ventriculi dextra, erstere etwa in der Stärke einer Radialis, sind durchtrennt und bluten lebhaft. Zwischen den Blättern des Omentum wenige weiche zerfliessliche Gerinnsel, sonst überall flüssiges Blut. Bei dem engen Raum zwischen Leberrand und Magen gelingt es nur schwer die Gefässe zu fassen. Dabei findet sich das hintere Blatt des Liq. hepatogastricum unverletzt. Unterbindung. Toilette derBauchhöhle.

Die beiden unter dem Proc. xiph. sich schneidenden Laparotomiewunden bilden einen Lappen mit unten links liegender Basis. Der Schnitt in der Linea alba wird mit tiefgreifenden, das Peritoneum mitfassenden Suturen, der seitliche durch fortlaufende Etagennath geschlossen. Da aus dem Muskel Blutung stattfindet, wird am äusseren Rande desselben, entsprechend der ursprünglichen Verletzung, die Haut nicht vernäht. Dauer der Operation 3 Stunden, der Kranke ist stark collabirt, erholt sich jedoch. Am 29. Sept. Morgens Alkohol und Opium per Klysma. Abends unter Schweissen ein bald vorübergehender Collaps. Ernährung per os. Am 2. October eitern einige Stichkanäle. Am 3. Oct. findet sich in dem offenen Wundwinkel Netz. Am 7. Oct. (10 Tage post operationem) erster Stuhl; Entfernung der an mehreren Stellen eitrigen Suturen. Um ½5 Uhr Nachmittags bei einem heftigen Hustenanfall platzt die Wunde unter hörbarem Krachen. Da ich nicht in Dorpat anwesend war, wurde mein Stellvertreter und Assistent Dr. Kader hinzugerufen. Derselbe fand fast die ganze Wunde aufgeplatzt. Leber, Magen und Netz vollkommen intact, Peritoneum überall spiegelnd. Nirgends Blut oder Gerinnsel. Da die Wundränder stellenweise von den Stichkanälen aus inficirt waren und eine Infection des Peritoneums somit nicht sicher auszuschliessen war, konnte die Wunde nicht ohne weiteres geschlossen werden. Es wurden Spannnähte angelegt und dieselben über einem grossen Wattetampon (dem einzigen in der Eile zu beschaffenden sicher aseptischen Material) so weit angezogen, als es ohne zu grosse

Spannung geschehen konnte. Am 14. October wurden die Tampons zum grössten Theil entfernt.

Terpentininhalationen wegen des heftigen Hustens. Am 15. Oct. an der linken Lunge unten hinten crepitirende und klingende Rasselgeräusche, rechts Bronchialathmen. Ich hatte bis dahin nicht gewagt, den Kranken, der von Anfang an hustete, aufzusetzen und war vorne an der Lunge nichts zu hören gewesen, erst jetzt konnte somit Lungenphthise auch objectiv constatirt werden. Der sehr abgezehrte Kranke, der fast die ganze Zeit über hektische Temperaturen gezeigt hatte, erholte sich endlich langsam aber stetig, nahm an Körpergewicht zu, wobei die granulirende Wunde unter Zuhülfenahme von Silbersuturen sich zusehends verkleinerte. Am 18. Nov. verlässt der Kranke nach 52tägigem Krankenlager das Bett. Am 29. Nov. Haemoptoe. Am 28. December entlassen. Die Wunde hat sich überhäutet und zusammengezogen, so dass nur noch ein circa 1 Cm. breiter und 5 Cm. langer Streifen noch granulirt. Beim Husten wölbt sich das linke Epigastrium mit der Narbe ziemlich stark vor. Appetit und Verdauung gut.

Nach 2 Wochen sah ich den Kranken wieder und fand die Wunde vollständig vernarbt. Er sah jedoch sehr reducirt aus, hustete und fieberte und hatte mehrfach Haemoptoe gehabt. Am 15. März 1891 starb er. Section am 17. März (Dr. Luntz, Assistent am hiesigen patholog. Institut). Es fand sich hochgradige Lungentuberculose und Gangraen. Die Magenwand in die Bauchwand eingeheilt. Im Lig. hepatogastricum, das geschrumpft erschien, der centrale Stumpf der obliterirten Arteria coronaria ventr. dextra noch von der Ligatur umschlungen. Das periphere Ende war nicht zu finden.

Ich habe der Krankengeschichte wenig hinzuzufügen. Die Eiterung der Bauchdeckenwunde schien von der Stelle der Verletzung auszugehen. Doch war eine Infection bei der sehr lange dauernden Operation, zumal auf der Tobabtheilung eines darauf natürlich nicht vorbereiteten Irrenhauses selbstredend nicht ausgeschlossen. Ich hätte jedenfalls trotz der Eiterung oder gerade wegen derselben, wie Ohlshausen das betont, die Nähte länger liegen lassen sollen, zumal der Kranke heftig hustete.

Als dann die Wunde aufgeplatzt war, konnte allein die Tamponade der Bauchhöhle Aussicht auf Erfolg versprechen und bewährte sich auch in erwarteter Weise. Der am 29. September auftretende Collaps wurde anfangs einer Nachblutung zugeschoben, doch fand sich hernach, als die Wunde aufplatzte, nichts was in dem Sinne gedeutet werden konnte. Die Blutung hätte jedenfalls nur aus dem peripheren Ende erfolgen können, da das centrale noch bei der Section verschlossen gefunden wurde.

Was die Unterbindung der A. coron. ventr. dextra in technischer Hinsicht anlangt, so ist das Auffinden der Quelle der Blutung entschieden sehr mühsam und zeitraubend. Gerade bei einem weniger grossen Gefäss, wie es die in Rede stehende Arterie ist, quillt das Blut, das sich in der Tiefe der Bauchhöhle ansammelt, so gleichmässig von allen Seiten hervor, dass man anfangs keinen rechten Fingerzeig besitzt, wohin man sich wenden soll.

Sehr erschwert waren die Manipulationen und die Orientirung in der Bauchhöhle durch die sehr beträchtliche Blähung der Därme. Es dürfte in derselben ein Uebelstand zu sehen sein, der der praktischen Verwerthung der Insufflation von Wasserstoffgas bei Verletzungen des Abdomens nach Senn einen Theil ihrer Bedeutung nimmt. Gewinnt man durch Austreten des Gases aus der Wunde allerdings einen sicheren Beweis für die vorhandene Verletzung des Darmrohres, so erschwert man sich die Orientirung in der Bauchhöhle durch die gesetzte Blähung doch sehr, namentlich wenn der Darm intact ist und kein Gas ausstreicht, da man dann naturgemäss das Quantum steigern und damit eine noch stärkere Blähung erzeugen wird.

Dass auch andere Zufälle die Senn'schen Insufflationen in ihrem Nutzen ganz illusorisch machen können, zeigte mir folgendes Experiment. Mittelgrosser Hund, Chloroformnarkose. Schuss aus 7 Mm. Revolver durch das Abdomen. Mit dem Schuss springt ein Strahl Urin aus dem Ausschuss hervor (Verletzung der gefüllten Blase). Der Versuch Gas einzublasen scheiterte anfangs daran, dass der After sich um das eingeführte Rohr nicht schloss (Narkose). Er wurde dann künstlich dicht gemacht und nun unter hohem Druck (es setzten sich 2 Männer auf das Gaskissen), Wasserstoffgas eingetrieben. Auch jetzt ging nichts hinein: es liess sich das sonst gut brennende Gas an der Wunde nicht nachweisen. Section: Mastdarm und ganzes Colon strotzend voll Koth. Im Colon descendens 2 weit klaffende Schussöffnungen (desgl. in der Blase). — Es hatte also die den Darm füllende Kothmenge das Einströmen des Gases vollständig verhindert — ein Vorkommniss, das beim Proletariat z. B. nicht zu den Unmöglichkeiten gehört.

Was den orientirenden Bauchschnitt anlangt, so würde ich in Zukunft den amerikanischen Vorschlägen, sofort bei bestehender Indication zur Laparotomie, nachdem man sich von der Verletzung des Peritoneums überzeugt hat, den Schnitt in der Linea alba anzulegen, den Vorzug geben vor der Dilatation der Verletzungswunde, die nur soweit zu erfolgen hätte, als die Diagnose die Eröffnung der Bauchhöhle erheischt. Der Schnitt in der Mittellinie giebt doch wohl stets eine bessere Orientirung (ausgenommen Stichverletzungen der Lende und der seitlichen Bauchwand, cf. auch König's Lehrbuch) und wir vermeiden die complicirten Lappenwunden, die doch was Naht und Heilung sowie spätere Festigkeit der Narbe anlangt recht wenig günstige Bedingungen setzen.

Das Regime bei der Operation war ein aseptisches nach Landerer. Flüssigkeiten nur zur Desinfection der Hände und des Operationsfeldes benutzt. Auch die Därme wurden während der Operation in trockene Handtücher eingeschlagen, was mir bequemer und besser zu sein scheint, als die Benutzung feuchtwarmer Tücher, die entweder fortwährend gewechselt werden müssen oder eine ganz beträchtliche Verdunstungskälte erzeugen. Wenn man alte Leintücher gebraucht, sind Fäserchen nicht zu fürchten.

Sehr eigenthümlich ist in vorstehendem Falle die Art und der Weg der Verletzung. Die der Bauchwand anliegenden Organe sind intact und die weit hinten und versteckt liegende Ader ist verletzt. Ich habe einen vollkommen analogen Fall nicht auffinden können und wird wohl meist auch der Magen oder die Leber zugleich von dem Projectil oder Messer getroffen werden, wie in dem von Reclus und Noques im X. Bande der Revue de Chirurgie auf pag. 136 referirten Falle, bei dem Jalaquier nach Schussverletzung ins Epigastrium ausser dem Magen die Arteria coron. ventric. (welche ist nicht gesagt) verletzt fand und mit Erfolg unterband.

Obgleich der Magen vor einem breiten Schustermesser wohl besser ausweichen kann, wie vor einem Projectil, so fehlten doch in unserem Falle jegliche Sugillationen und Schrammen an dem recht beträchtlich gefüllten Organ, das bei der Operation mit seiner vorderen Rundung den Weg zur verletzen Arterie durchaus verlegte. Ich meine, dass der Selbstmörder im Moment des Stosses in der That jene von unseren Bühnenkünstlern acceptirte «Mortimer»-Stellung einnimmt, gleichviel ob er unter oder über den Rippenbogen mit seinem Stosse zielt. Immer krümmt er den Rücken, schiebt das Abdomen vor, den Thorax vorne zusammen. Dadurch muss der Magen herabtreten, so dass die kleine Curvatur und das Oment. minus, nur vom Leberrande bedeckt, durch einen Stoss von unten nach oben direct zu erreichen ist.

Dorpat, Januar 1892.

Myomectomia in graviditate.

Von

Dr. Max von Strauch.

(Moskau).

Frau M., nunmehr 28. Jahre alt, bekam ihre Regel zum ersten Male im 13. Jahr; dieselbe wiederholte sich sogleich regelmässig und verlief ohne alle Beschwerden 4—5 Tage lang.

Im 18. Jahr verheirathete sich Pat. und gebar nach einem Jahr eine 6 monatliche, faultodte Frucht. Das Puerperium verlief fieberhaft und fesselte die Wöchnerin volle 6 Wochen ans Bett, wonach sie sich sehr langsam erholte. Im 22. Jahr acquirirte Pat. eine Unterleibsentzündung (Gonorrhoe?!), derentwegen sie 7 Monate bettlägerig war. Die bis zu dieser Erkrankung normale Regel trat zwar auch ferner zur Zeit auf, war aber stets mit starken Schmerzen vergesellschaftet. Als zu dieser Zeit sich Pat. wegen ihrer Dysmenorrhoe an mich wandte. konnte ich eigentlich nur eine grosse Empfindlichkeit des ganzen Beckenperitoneums constatiren. 4 Jahre hindurch wandte ich alle nur denkbaren Mittel vergeblich an, selbst eine nach Kreuznach unternommene Badereise linderte die Dysmenorrhoe nicht. Da entschloss ich mich am 3. Mai 1889 der Frau, obgleich die Vaginalportion eher klein war, eine Excision zu machen. Der Erfolg war ein unerwartet guter, die Menstruation wurde nahezu schmerzlos!

Vom 17—22. October 1890 hatte Frau M. ihre letzte Regel. Mitte Februar, also vier Monate schwanger, kam die Frau zu mir und klagte über Schmerzen in der linken unteren Bauchhälfte. Ich fand den Fundus uteri zwischen Nabel und Symphyse. Links und oberhalb der linken Uterusecke konnte ich eine etwa gänseeigrosse, rundliche, feste Geschwulst fühlen. Dieselbe war leicht beweglich und mit grosser Bestimmtheit bezeichnete die Pat. diesen Tumor als den Ausgangspunkt ihrer jetzigen Schmerzen. Ich hielt die Geschwulst für ein subseröses Myom und verordnete gegen die Schmerzen eine Compresse échauffante zur Nacht und des Morgens eine Opiumsalbe auf die unteren Theile des Leibes leicht einzureiben. Als die Pat. nach 10 Tagen mich wieder aufsuchte fand ich die Geschwulst um das Doppelte gewachsen, von weicher Consistenz, fast fluctuirend; auch waren die Schmerzen stärker geworden. Nach weiteren 10 Tagen hatte die Geschwulst die Grösse einer grossen Mannesfaust erreicht; sie schien deutlich flüssigen Inhalt zu haben, so dass ich einen linksseitigen Ovarientumor annahm und der Kranken die Entfernung desselben anrieth. Am 6. März 1891 machte ich in meiner Privatklinik die Laparotomie. Um die Operation schnell zu beendigen und die schwangere Gebärmutter so wenig wie möglich zu maltraitiren, legte ich den Schnitt in der Linea alba sofort gross an, 14 Cm. lang, seinen Mittelpunkt bildete der Nabel. Nach Eröffnung des Peritoneums präsentirte sich in der Schnittwunde ein Tumor, der beim directen Befühlen eine Cyste zu sein schien, zudem die bläulich weisse für Ovarientumor charakteristische Farbe hatte. Nachdem die Geschwulst unverkleinert hervorgewälzt war, erwies es sich, dass sie einen sehr kurzen, etwa daumendicken Stiel besass, der vom linken Uterushorn ausging. Es handelte sich also um ein gestieltes, subseröses, durch die bestehende Schwangerschaft sehr erweichtes Fibromyom.

Nach doppelter Ligirung des Stieles mit starkem Seidenfaden, wurde der Tumor abgetragen, der Stumpf noch etwas zugestutzt und das Peritoneum über demselben durch 3 Seidenknopfnähte zusammengezogen; hierauf die Bauchwunde in üblicher Weise geschlossen. Die Operation dauerte vom ersten Schnitt bis zum vollendeten Verbande 12 Minuten. Noch auf dem Operationstische erhielt die Pat. 20 Tropfen Tinct. thebaïcae per anum um etwaige Uteruscontractionen hintanzuhalten. Solche Opiumklystiere mussten in den nächsten Tagen leichter Wehen wegen wiederholt werden.

Die Reconvalescenz war eine ungestörte.

Aus dem Tumor, der nach seiner Entfernung in eine Schale gethan war, hatten sich etwa 100 Gramm einer röthlichen Flüssigkeit entleert. Er besass eine längliche Gestalt und wies in der Mitte eine seichte Einschnürung auf, so dass er an eine Sanduhrform erinnerte. Er war 12 Cm. lang, 8 Cm. breit, 7,5 Cm. dick.

Die Schwangerschaft verlief normal und Frau M. wurde rechtzeitig von einem kräftigen Mädchen entbunden.

Es handelte sich also um eine falsche Diagnose! — ein subseröses Fibromyom war von mir für einen Ovarientumor gehalten worden! Ich glaube recht viele Leidensgefährten unter den operirenden Gynäkologen zu haben! Es wäre wirklich interessant, die volle Wahrheit der Häufigkeit solcher Fehldiagnosen an den grossen Kliniken zu erfahren! Ich selbst habe mich zwei Mal geirrt.

Das eine Mal handelte es sich um eine Pat. die mir von einem äusserst erfahrenen Gynäkologen zur Myomotomie geschickt wurde. Ich konnte die Diagnose nur bestätigen, zumal auch alle objectiven Symptome für Myom sprachen.

Bei der Laparotomie entpuppten sich diese vermeintlichen Myome als doppelseitige pseudointraligamentöse [1]) Ovarientumoren.

[1]) Ueber pseudo-intraligamentöse Eierstocksgeschwülste von Prof. Dr. K. Pawlik. Wien. Verlag von Josef Šafář 1891.

Mein zweiter Fall ist der eben beschriebene.

Ferner habe ich drei Mal andere Collegen denselben Fehlgriff machen sehen.

Doch ich bin weit davon entfernt, meine Fehler gut zu heissen, weil Andere sie eben auch machen.

In meinem soeben ausführlich beschriebenen Falle hatte ich ja bei der ersten Untersuchung die richtige Diagnose gestellt. Da aber der Tumor so rasch wuchs, dabei, allerdings bei ziemlich dicken Bauchdecken Fluctuation vortäuschte, da ferner bei bestehender Schwangerschaft ein forcirtes Suchen nach den Stielverhältnissen und Ovarien unstatthaft war, glaube ich meine Fehldiagnose als nicht zu grob ansehen zu müssen. Selbst bei eröffneter Bauchhöhle glaubte ich noch einen Ovarientumor vor mir zu haben, bis mich die Stielverhältnisse eines Besseren belehrten.

Ich machte also die Laparotomie, weil heute wohl alle Operateure darüber einig sind, dass ein jeder Ovarialtumor, sowie er als solcher erkannt ist, auch sofort entfernt werden muss!

Es fragt sich nun: war in meinem Falle auch die Exstirpation dieses Myoms nöthig?

Wenn ein Tumor binnen 3 Wochen um das 3—4 fache wächst, dabei seiner Trägerin recht arge Schmerzen macht, so glaube ich entschieden eine solche Neubildung entfernen zu müssen.

Denn selbst ein solcher Sitz der Geschwulst garantirt durchaus nicht, dass sich der Tumor bei der Geburt nicht dennoch ins kleine Becken senkt und dem Durchtritt des Kindes den Weg verlegt!

Auf Rückbildung eines solchen Myoms im Wochenbett ist ebenfalls wenig zu rechnen.

Wenn man zudem die grossen Statistiken vom Nauss, Süsserott und Lefort über diesen Gegenstand durchsieht und die äusserst trübe Prognose solcher Fälle vor Augen hat, so handelt man bei den heutigen schönen Resultaten der Laparotomie sicher gut, wenn man solche Neubildungen. die eine so gewaltige Neigung zum Wachsen zeigen, entfernt.

Referate.

H. Buchner: Tuberkulinwirkung durch Proteïne nicht specifischer Bakterien. (Münchener med. Wochenschr. Nr. 49. 1891).

Die neuesten Untersuchungen Buchner's und seiner Schüler, insbesondere Fr. Römer's, sind darauf gerichtet, dem Tuberkulin seine scheinbare Sonderstellung zu nehmen und ihm den gebührenden Platz unter allen übrigen Bakterienextracten zuzuweisen. Ausgehend von der Ueberzeugung, dass das wirksame Agens im Tuberkulin ein ebensolches Bakterienproteïn ist, wie es Buchner bereits aus anderen Mikroben dargestellt hat, haben diese Forscher die Wirkung von Proteïnen nicht specifischer Bakterien auf den gesunden und tuberkulösen Organismus untersucht und mit der des Tuberkulins verglichen.

Das Resultat ist ein überraschendes. Römer erzielte mit proteïnhaltigen Extracten des B. pyocyaneus formative Reizungsvorgänge an den Leukocyten, ferner starke Steigerung der Lymphabsonderung durch intravenöse Injection bei Hunden, endlich bei tuberkulösen Thieren tuberkulinartige Wirkung. Die auf breiterer Basis angestellten Versuche von Buchner bestätigen und erweitern diese Beobachtungen. B. experimentirte mit Pneumobacillen-, Pyocyaneus- und Prodigiosus-Proteïn und konnte bis jetzt Folgendes constatiren:

1. Bei subcutaner Einführung in sterilen Spindelröhrchen, die unter der Haut bei vollständiger Asepsis zerbrochen wurden: starke Chemotaxis, Bildung von Eiterpröpfen an den freien Röhrenenden nach drei Tagen.

2. Beim gesunden Hund erzeugte subcutane Injection Fieber mit Schläfrigkeit und Apathie.

3. Beim gesunden Menschen bewirkte subcutane Injection von je 0,1 Mg. Proteïn (gelöst in 1 Cc. sterilen Wassers) intensive über Handtellergrosse Röthung und Schwellung in der Umgebung der Injectionsstelle, erhöhte Hauttemperatur und Schmerzgefühl in ganz gleichmässiger Weise bei drei Versuchspersonen. Allgemeinerscheinungen fehlten entsprechend der geringen Dosis. Die entzündlichen Erscheinungen hielten etwa 48 Stunden lang an und verschwanden dann allmälig

B. zweifelt nicht daran, dass grössere Dosen auch Fieber erzeugen würden, analog dem Verhalten der sterilisirten Pneumobacillenemulsion, deren fiebererregende Wirkung er vor zwei Jahren an sich selbst erfahren hat.

4. Bei tuberkulösen Meerschweinchen erzeugte subcutane Injection tödtlicher Dosen genau die nämliche Wirkung, welche von Koch als specifisch für Tuberkulin bezeichnet worden ist. Die Section bot überall in höchst charakteristischer Weise dasjenige Bild, welches Koch in seiner neuesten Mittheilung beschrieben hat. Dasselbe gilt auch von dem mikroskopischen Befund.

Bezüglich der interessanten Mittheilung einer neuen vervollkommneten Methode zur Gewinnung von Bakterien-Proteïnen müssen wir auf das Original verweisen.

Wladimirow.

W. Siebel: Pharmakologische Untersuchungen über Salophen, ein neues Salicylsäurederivat. Therap. Monatshefte Nr. 1. 1892.

Die Thatsache, dass nach dem Gebrauche von Salol häufig Vergiftungserscheinungen beobachtet werden, welche auf den hohen Gehalt an Phenol zurückzuführen sind, veranlassten die Farbenfabrik F. Bayer et Co. Elberfeld nach einem Körper zu suchen, bei welchem die Salicylsäure mit einem ungiftigen Componenten gepaart ist. Als solchen stellten sie den Salicylsäureacetylparamidophenolaether unter dem Namen «Salophen» dar. Es ist eine weisse, geruch- und geschmacklose, in Wasser unlösliche, in Alkali, Alkohol und Aether leicht lösliche Substanz. Sie enthält 50,9 pCt. Salicylsäure und wird in ihre Componenten schon durch Alkali in der Kälte gespalten, ferner durch das Pankreasenzym, durch die Darmschleimhaut. Die Grösse der Spaltung fand Siebel verschieden; bei grossen Dosen verlässt ein Theil des Salophens ungespalten den Organismus und zwar mit den Excrementen. Eine Reihe von Versuchen an Thieren ergaben, dass das Mittel erst bei ganz grossen Dosen (10 Gramm beim Kaninchen) Vergiftungserscheinungen hervorruft und zwar reine Salicylsäurevergiftung, die andere Componente ist absolut unschädlich. Das Mittel wurde im Krankenhause Moabit von Guttmann therapeutisch geprüft, und waren die Erfolge sehr zufriedenstellend. Insbesondere wurden keine schädlichen Nebenwirkungen beobachtet.

Abelmann.

A. Martin und Mackenrodt: Was leistet die Elektrotherapie der Myome? Deutsche Med. Wochenschr. Nr. 2.

Verf. wenden sich gegen den Enthusiasmus der amerikanischen Aerzte für die Elektrotherapie, welche auch in Deutschland die anderen Methoden der Myombehandlung zu unterdrücken scheint. Im Ganzen wurden 66 Fälle beobachtet. 36 Fälle wurden in der Anstalt nach Apostoli's Vorschriften behandelt, 16 anderwärts elektrisirte Pat. kamen zur Operation, 14 ebensolche zur Berathung. Bei 20 von den 36 Kranken wurde eine Besserung resp. «symptomatische Heilung» erzielt: Blutungen und Schmerzen wurden geringer, das Allgemeinbefinden hob sich. Bei allen 20 Fällen waren die Tumoren von geringerem Umfang und wurden durch die Behandlung nicht verkleinert. 8 der Patientinen traten im Lauf der Behandlung ins Klimakterium ein, 12 bekamen nach Monaten relativer Euphorie Recidive der Beschwerden und waren zur Wiederholung der Behandlung nicht zu bewegen. Von den übrigen 16 Pat. gingen 3 im Anschluss resp. in Folge der Therapie zu Grunde: eine an profusen Blutungen mit nachfolgender Embolie der A. pulm., eine an Vereiterung des Tumors und Sepsis, eine an Peritonitis, bei 13 wurde der Zustand verschlimmert. Also in 30,3% Besserungen, in 69,6% keine Besserung, bei 4,5% Tod.

Bei Zusammenfassung der 212 Fälle von Keith, Schäffer und denen der Verf. erhält man folgende Ziffern: 32% sympt. gebessert, 44,4% nicht gebessert resp. verschlimmert, in 4,3% Tod, 19,0% zu kurze Zeit behandelt. Niemals wurde ein Verschwinden des Tumors beobachtet; die sympt. Heilung war nur dauernd bei Kranken, die ins Klimakterium eintraten.

Die einzig sicher erwiesene Wirkung des elektrischen Stromes besteht in einer Verschorfung der Schleimhaut und ist daher nur gegen die Blutung gerichtet. Deshalb ist der elektrische Strom nur ein palliatives Mittel, das sich von den übrigen palliativen Mitteln durch seine Umständlichkeit und Schmerzhaftigkeit unterscheidet. Die anderen palliativen Mittel erzielen niemals soviel Verschlimmerungen wie der elektrische Strom. Deshalb ist «die elektrische Behandlung der Myome als ein geradezu bedenkliches Palliativverfahren zu bezeichnen und somit zu verwerfen».

Bei 39 operativ behandelten Fällen hatten Verf. 5,1% Mortalität, also kaum mehr als bei der Elektrotherapie (4,3%), trotzdem das operative Verfahren radicaler ist und die Fälle complicirter waren. Verf. verwerfen die elektrische Behandlung der Myome und behandeln sie bei leichteren Symptomen mit Jod- und Soolbadekuren und den üblichen palliativen Mitteln, bei ernsteren Störungen wird der operative Weg beschritten.

W. Beckmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

S. v. Basch. Allgemeine Physiologie und Pathologie des Kreislaufes. 186 Seiten gr. Octav. Verl. v. Alf. Hölder, Wien 1892.

Wir wollen nicht unterlassen, alle Aerzte und speciell die Fachgenossen, welche sich mit innerer Medicin befassen, auf dieses Buch aufmerksam zu machen, dessen Verfasser Jedem, der die Literatur der Herz- und Lungenkrankheiten der letzten Jahre verfolgt hat, durch seine originellen, aber experimentell gestützten Ansichten über Lungenschwellung und Lungenstarrheit und Herzinsufficienz wohlbekannt ist. In dem vorliegenden Werk macht Verf. nun den Versuch zunächst die rein mechanischen Verhältnisse des Kreislaufes mit Hilfe eines sinnreich construirten Phantoms des Herzens und Blutgefässsystems zu analysiren und dem Leser klar auseinander zu setzen. Wer an sich selbst und an Andern, besonders an Studirenden, erfahren hat, wie schwierig es ist, sich eine physikalisch richtige Vorstellung von der Entstehung und Bedeutung des Blutdruckes für die Circulation zu machen, und wie langsam man sich in die complicirten Verhältnisse hinein denkt, die durch Aenderungen in der Triebkraft des Herzens und seiner Theile für den Ablauf der Blutbewegung gesetzt werden, der wird dem Verf. für seine Arbeit sicher Dank wissen. Dieselbe ist, wie Verf. selbst sagt, nicht für Anfänger berechnet; wer aber bis zu einem gewissen Grade mit physiologischen und pathologischen Kenntnissen bereits ausgerüstet ist, wird das Buch mit hohem Interesse lesen können.

Der erste Abschnitt behandelt die Aenderungen des Blutdrucks und des Blutumlaufes, welche am schon erwähnten Phantom durch die Nachahmung beliebiger Herzklappenfehler, sowie durch beliebige Verstärkung oder Abschwächung der Thätigkeit des einen oder andern Ventrikels künstlich hergestellt, sowie in klaren Bildern graphisch fixirt und analysirt werden können. Wenngleich die Einfachheit des Experimentes am todten Röhrensystem einen directen Analogieschluss auf die complicirten, durch das Nervensystem und die übrigen Körperorgane mannigfach beeinflussten Verhältnisse der lebenden Natur nicht gestattet, so gewährt sie uns doch eine treffliche Einführung in die physikalischen Kreislaufsbedingungen, über die man hier jedenfalls leichter Klarheit gewinnen kann als am Experimentthier und vollends am kranken Menschen. Wie weit sich nun die am Phantom gewonnenen Erfahrungen für die Physiologie und Pathologie des Kreislaufes bei Thier und Menschen verwerthen lässt, das zeigt uns Verf. im II. und III. Abschnitt seines Buches, wo die durch das Thierexperiment und am Krankenbett eruirten Thatsachen im Licht der im ersten Abschnitt gewonnenen physikalischen Vorstellungen erörtert werden. Dass der Verf. auch hier in reichem Maasse über eigne Untersuchungen verfügt, braucht kaum erwähnt zu werden.

Wir müssen uns an dieser Stelle natürlich eine auf den Inhalt des Buches eingehende Kritik versagen; dazu ist das beigebrachte Material und die Fülle der originalen Anschauungen des Verf. zu gross. Auch wird gewiss einige Zeit nöthig sein, bis die Ansichten des Verfassers kritisch nachgeprüft und in den Anschauungen der medicinischen Welt soweit ausgereift sind, um sich definitiv einwurzeln zu können. Nur Eines lässt sich schon heute sagen: Mag die vorliegende Arbeit auch vielleicht Gegner finden, mag Manches aus derselben nur bedingt und in modificirter Form acceptirt werden — jedenfalls zeichnet sie sich durch den Muth einer selbständigen, wohlerwogenen Meinung aus und wirkt daher belehrend und in hohem Grade anregend. Wir wünschen deshalb dem Buch zahlreiche Leser.

D—o.

Theodor Husemann: Handbuch der Arzneimittellehre. Mit besonderer Rücksichtnahme auf die neuesten Pharmakopöen für Studirende und Aerzte bearbeitet. III. Auflage des Handbuchs der gesammten Arzneimittellehre. Berlin 1892, Springer's Verlag. Gr. 8°. 687 pp.

Die Autoren, welche in den letzten Jahrzehnten den europäischen Büchermarkt mit Lehr- und Handbüchern der Pharmakologie und Arzneimittellehre bereichert haben, kann man ohne ungerecht zu sein, in zwei Klassen eintheilen, nämlich in solche, welche die hierher gehörige ungeheuer weitschichtige Literatur wirklich kennen zu lernen sich Mühe gegeben haben, und in solche, welche sich mit einem verschwindenden Bruchtheil derselben begnügt haben. Während die Zahl der Autoren der letzten Klasse recht gross ist, ist die Zahl der in die erste Klasse gehörigen minimal. Unbestritten den ersten Platz unter den Autoren, welche die pharmakologische Weltliteratur seit 40 Jahren verfolgt haben, nimmt Th. Husemann ein. Aus diesem Grunde hat sein Handbuch seit dem Erscheinen der ersten Auflage immer eine hochgeachtete Stellung eingenommen. Die vorliegende dritte Ausgabe unterscheidet sich von den beiden ersten wesentlich durch Zusammendrängen des Stoffes auf einen Band, während die früheren zweibändig waren. Natürlich war dies nur möglich

unter Weglassung aller jetzt nicht mehr gebräuchlichen Mittel. So wie das Buch jetzt ist, dürfte es für Studirende und Aerzte gleich brauchbar sein. Es enthält alle officinellen Mittel der deutschen und österreichischen Pharmakopöen nebst zahlreichen anderen nicht officinellen. Von den in Russland officinellen fehlen nur ganz unwesentliche.

Das Werk zerfällt in einen allgemeinen und einen speciellen Theil. Der allgemeine Theil enthält die allgemeine Pharmakodynamik und die Arzneiverordnungslehre. Der specielle Theil enthält vier Abtheilungen, nämlich die der Vorbeugungsmittel, der örtlich wirkenden Mittel, der allgemeinen Arzneimittel und der entfernt wirkenden. Unter diese vier Abtheilungen sind alle Gruppen von Arzneimitteln, welche es überhaupt giebt, übersichtlich untergebracht. Dass kein wichtiges Mittel unberücksichtigt geblieben ist, ist selbstverständlich.

Möge auch diese dritte Ausgabe die Anerkennung finden, welche den vorigen zwei nicht versagt geblieben ist!

Kobert.

Auszug aus den Protokollen der Medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 18. September 1891.

Vortrag des Herrn v. Zoege: Zur differentiellen Diagnose der Peritonitis und des Ileus (der Vortrag wird in extenso in dieser Zeitschrift erscheinen). v. Zoege knüpft an früher gemachte Mittheilungen (cf. Langenbeck's Archiv, Bd. 41) an. Wenn er dort die Ansicht ausgesprochen, dass der Eintritt der Peritonitis zumeist das Bild des Ileus derart trübe, dass eine differentielle Diagnose oft nicht mehr möglich sei, so wolle er jetzt im Anschluss an zwei Fälle zwar durchaus nicht die principielle Richtigkeit dieser Behauptung widerlegen, wohl aber zeigen, dass man selbst in diesen gewiss insidiösen Fällen durch sorgfältiges Abwägen der Symptome, namentlich im Sinne v. Wahl's hier und da zu einer praecisen Diagnose käme. Es sei das vorab allerdings meist nicht mehr von therapeutischem Interesse, da die Kranken nicht mehr zu retten wären, doch aber müsse man auch hier den Muth nicht sinken lassen, wie die Erfahrungen auf dem Gebiete der Peritonitis ohne Ileus zeigen

In dem einen der Fälle war eine alte fibröse Perityphlitis die Ursache der Verengerung einer Dünndarmschlinge, an deren Kuppe schliesslich Perforation eintrat. Der Beginn der Erkrankung liess auf einen Obturations-Ileus schliessen (Wechsel der Erscheinungen bis zum völligen Nachlass — ausgesprochene Prodromi). Andrerseits war eine resistente Partie, die ihre Stellung nicht veränderte, allerdings erst zuletzt nachzuweisen, so dass demgemäss eine Strangulation nicht auszuschliessen war. Erst als es gelang peritonitisches Knirschen an mehreren Stellen des Abdomens nachzuweisen, musste die erste Annahme eines Obturationsileus wieder zur Geltung kommen, da die Lähmung der Schlinge sich durch die Peritonitis erklären liess. Incision und Drainage der Bauchhöhle mit Gazestreifen brachten vorübergehende Erleichterung; die Section bestätigte die Diagnose. — In dem anderen Falle bestanden ähnliche Schwierigkeiten. Auch hier handelte es sich um einen anfänglich angenommenen Obturationsileus, bei dem die später eintretende Peritonitis die anfangs noch peristaltisch bewegten Schlingen lähmte. Die Operation wurde lange verweigert. Als sie in extremis schliesslich vorgenommen wurde, fand sich der Darm durch ältere fibröse Stränge an 5 Stellen obturirt, verengt und ausserdem eine frische Peritonitis. Die Section wurde verweigert. Jedenfalls war jedoch die Diagnose durch die Autopsie bei der Operation bestätigt.

Sitzung am 2. October 1891.

Als Gast anwesend Herr Heydenschild — Reval. —

Herr Dehio demonstrirt einen Fall von «symmetrischer Gangraen aller 10 Finger» an einer 31jährigen Kranken. Diese seltene Erkrankung entwickelte sich bei der im Uebrigen völlig gesunden Patientin in Folge eines heftigen Schrecks. Zuerst wurden die Finger blau und gefühllos unter gleichzeitigen Schmerzen und dann mumificirten die letzten Phalangen an allen Fingern und zwar an beiden Händen in völlig symmetrischer Ausdehnung. Da alle sonstigen Ursachen einer Gangraen (Thrombose, Embolie, Endarteriitis obliterans) ausgeschlossen werden können, so bleibt nur die Annahme einer vasomotorischen Störung übrig, welche zu einem Gefässkrampf, zu localer Asphyxie und weiterhin zur Mumifica ion geführt hat. Die symmetrische Anordnung der Gangraen führt zur Vermuthung, dass die Ursache der vasomotorischen Störung central (etwa im Rückenmark) gelegen sein muss. Die Gelegenheitsursache hat wohl der Schreck gegeben. Es handelt sich somit um die zuerst von Raynaud beschriebene Krankheit, die er als locale Asphyxie und symmetrische Gangraen bezeichnet hat. Sobald die genaue Untersuchung der zu amputirenden Finger beendet sein wird, wird der Vortrag in extenso im Druck erscheinen.

Herr Heydenschild erwähnt den bekannten von Braman auf einem Chirurgen-Congress in Berlin vorgestellten Fall von symmetrischer Gangraen, der von v. Bergmann-Riga aetiologisch auf eine lepröse Erkrankung der Nervenstämme der oberen Extremitäten zurückgeführt werden konnte.

Herr Dehio: In dem von ihm vorgestellten Fall lassen sich keine verdickten Stränge im Sulcus bicipitalis nachweisen, es sind auch sonst keine Lepraerscheinungen vorhanden.

Als Herr Ströhmberg die Pat. zum ersten Mal sah, waren die Hände geschwollen, erst nach der Suspension begrenzte der Process sich auf die Finger. Herr Ströhmberg behält sich vor, seine Ansicht über die Aetiologie dieser Gangraen dann auszusprechen, wenn nach Amputation Nerven und Gefässe genau untersucht worden sind.

Sitzung am 16. October 1891.

Herr Kieseritzky spricht: Ueber Rhachitis. Nachdem Vortragender in kurzen Zügen die Unhaltbarkeit der chemischen Theorie in Bezug auf Erklärung der Rhachitis besprochen, geht er auf die anatomischen Vorgänge, wie sie am rhachitischen Knochen gefunden werden, über und stellt dieselben als Folge einer chronisch verlaufenden Entzündung hin, durch welche eine verstärkte Wucherung der ossificirenden Gewebe, verbunden mit Hyperaemie und vermehrter Vascularisation und mangelhafter Verkalkung, bewirkt werde. Unter den verschiedenen, die Entstehung der Rhachitis befördernden Schädlichkeiten werden besonders die respiratorischen hervorgehoben. Zum Schluss macht der Vortragende auf die grössere Häufigkeit der Rhachitis in der örtlichen jüdischen Bevölkerung aufmerksam.

Herr Hartge giebt die Häufigkeit der rhachitischen Erkrankungen bei den Juden zu, bei den Esten hat er sie sehr selten gesehen. Nachdem Herr Gerlach darauf hingewiesen, dass der rhachitische Rosenkranz an den Rippenknorpeln bei den Esten sehr oft beobachtet werde, fügt Herr Kieseritzky hinzu, dass spätes Zahnen, überhaupt das ganze Symptomenbild der Dentitio difficilis als leichtere Form der Rhachitis oder als primäres Stadium derselben aufgefasst werden müsste — Erscheinungen, die sowohl bei den Juden als auch bei den Esten oft gesehen werden und aetiologisch auf die gleichen hygienischen Schädlichkeiten zurückzuführen sind. So schwere Formen von Rhachitis, wie Herr Kieseritzky sie in Wien gesehen, kommen hier garnicht vor.

Herr Kessler hat in der Frauenklinik ein Mal einen Fall von foetaler Craniotabes beobachten können. Da die Mutter weder an intercurrenten Krankheiten während der Schwangerschaft gelitten, noch auch unter wirklich schlechten Ernährungsverhältnissen gelebt hat, so geben für diesen Fall intrauterin entstandener Rhachitis die angeführten aetiologischen Momente keine Anhaltspunkte. Herr Ströhmberg hat mehrfach beobachtet, dass Kinder mit Ossificationslücken geboren werden, und meint, dass so abnorm weiche Schädel auf ungleichmässige Entwickelung der Ossification zurückgeführt werden müssten.

Nachdem von Herrn Hartge in der Frage der Phosphortherapie angeführt worden, dass Henoch und Baginsky sich gegen dieselbe ausgesprochen haben, weist Kieseritzky auf die günstigen Berichte hin, die von Kassowitz, Biedert und Rauchfuss veröffentlicht worden sind; die leichteren Fälle heilen spontan, die schweren werden durch Phosphor gut beeinflusst.

Sitzung am 6. November 1891.

Herr Hartge spricht über die neuesten Ergebnisse auf dem Gebiet der Herzkrankheiten und giebt eine Zusammenstellung der wichtigsten Arbeiten hierüber. In den neuesten Arbeiten lasse sich trotz der grossartigsten Mannigfaltigkeit ein gemeinsamer Zug entdecken, der anatomische Standpunkt trete zurück gegenüber dem physiologischen, functionellen. Es werden besprochen die Arbeiten von His und Romberg über die Innervation des Herzens, die Untersuchungen von Martius über den Spitzenstoss, von Rosenbach über die musikalischen Herzgeräusche. Das bewegliche Herz ist von Pick als Factum festgestellt worden. Es folgen dann die Arbeiten von Unverricht über Systolia alternans nebst Krankengeschichte, von Dehio über Hemisystolie und Herzbigeminie. Von grösseren Werken wird das Lehrbuch von Germain Sée, übersetzt von Salomon, besprochen, welches den äussersten Standpunkt der Eingangs betonten Richtung vertritt; der anatomische Sitz der Krankheit tritt ganz zurück gegen den Begriff der functionellen Störung, wie dies die Typen recht deutlich beweisen. Etwas eingehender werden die idiopathischen Herzmuskelerkrankungen besprochen, besonders ihre Aetiologie berücksichtigt und für ihr Zustandekommen die Sommerbrod'sche Theorie ins Feld geführt. Es folgt als Illustration der acuten Ueberanstrengung eine eigene Krankengeschichte nebst Demonstration der betreffenden Pulscurve. Auf dem Gebiet der Klappenfehler finden nur Aorteninsuffi-

cienz und Mitralstenose ihre Berücksichtigung. Bei der Mitralstenose bleibt die Frage der Entstehung der Geräusche trotz der mannigfaltigsten Forschungen als offen stehn, anders bei der Aorteninsufficienz, wo die Arbeiten von Dehio, Litten und Anderen einige Klarheit geschafft haben. Die relative Aorteninsufficienz ist durch mehrfache casuistische Beiträge in der Literatur jetzt feststehende Thatsache.

Nach Geigel hat das Sphygmogramm einen wichtigen diagnostischen Werth für die Differenzirung der Aorten- und Mitralinsufficienz resp. Ausschliessung anderer Klappenfehler. — Erwähnt werden die capillarpulsatorischen Phaenomene bei Aorteninsufficienz an den Gaumenbögen (Müller) und der Retinalpuls von Raehlmann. — Die Herzneurosen betreffend, lässt sich der Gesichtspunct nicht von der Hand weisen, dass länger andauernde und häufig sich wiederholende Störungen in der Herzrhytmik doch immer den Verdacht einer Herzerkrankung nahe legen müssen. — Das Capitel der Therapie weist von grösseren Arbeiten auf die von Basch über die Principien der Therapie der Herzkrankheiten. Sonst werden nur erwähnt die einzelnen Herzmittel, wie T. Strophanti, das Spartein. sulf., das Nitroglycerin; das neueste «Baryumchlorid», das Jodkali, Calomel, Coffein, Theobromin, der Milchzucker, Sambucus niger u. s. w.

Sitzung am 20. November 1891.

Nachdem der Präses Herrn Dr. Lezius als Gast begrüsst hat, ergreift Herr Dehio in der Discussion über den Vortrag des Herrn Hartge vom 6. November 1891 das Wort, um seine Ansichten gegen die His und Romberg'schen Untersuchungen über die Innervation des Herzens, die er schon auf dem Aerztetage in Halle im Sept. 1891 vertreten, auch hier auszusprechen. Knoll und Germain Sée haben seiner Meinung nach unzweifelhaft nachgewiesen, dass das Kronecker'sche Herzganglion — ein motorisches, coordinatorisches Centrum — vorhanden sei; eine Zerstörung dieser stecknadelkopfgrossen Stelle im Herzen bewirke zuerst ein Flimmern und Wogen der Musculatur, sehr bald Herzstillstand. His und Romberg haben das Nichtvorhandensein dieses Centrums nicht bewiesen. Es giebt nach Dehio ein Herzcentrum, dessen Zerstörung die Automatie aufhebt — eine Anschauung, der die meisten Kliniker auf dem Aerztetage in Halle beistimmten.

Sitzung am 4. December 1891.

Herr v. Sahmen berichtet über einen Krankheitsfall (mit Demonstration einer Temperaturcurve), den er für Influenza hält und der ihm geeignet erscheint, auf einen veränderten Charakter der gegenwärtigen Epidemie gegenüber der vor 2 Jahren aufmerksam zu machen.

Es handelt sich um eine Dame, bei der ein Fieber mit ziemlich regelmässigen zwei Mal täglich erfolgenden Exacerbationen und starken Remissionen fast 3 Wochen dauerte ohne Katarrhe und nachweisbare Localsymptome. An den meisten Tagen, wenn nicht durch Chinin oder Antifebrin das Fieber beeinflusst war, ist die höchste Temperatur zwischen 4 und 5 Uhr Morgens und dieselbe Stunde Nachmittags, die niedrigste Mittags. Vom 9. Krankheitstage an bis zum Schluss ist mit Ausnahme eines Tages dieser Temperaturgang regelmässig zu verfolgen, während nur noch Salzsäure und Abends eine Gabe Codein gegeben wurde. Da die Fiebersteigerung Morgens zwischen 4 und 5 Uhr mehrere Tage hindurch in der zweiten Hälfte der ersten und zu Anfang der zweiten Woche besonders lästig empfunden wurde, so wurde versucht durch 0,6 Chinin spät Abends dagegen zu wirken, aber nur mit dem Erfolg, dass die Nacht besonders qualvoll durch Schlaflosigkeit, Kopfschmerz und Unruhe war. Die Klagen bezogen sich nur auf Kopfschmerz, Schlaflosigkeit und Wiederwille gegen Nahrung. Keine Durchfälle, keine Druckempfindlichkeit des Leibes, keine Roseola, eine sehr mässige Vergrösserung der Milzdämpfung, kein Albumin im Harn. Die Temperaturcurve zeigt als höchste Erhebung 39,5° C. in der ersten Woche, gegen Ende der zweiten Woche geht die Mittagsremission bis 37,5° C. herunter, Maximum 39,0 und etwas darüber, gegen Ende der dritten Woche 38,5, Minimum 36,1, 35,7, 35,8. Gegen die Kopfschmerzen erwies sich Codein ebenso hilfreich wie gegen die Schlaflosigkeit. — Es scheinen in diesem Jahr mehrfach Fälle vorzukommen, in denen Katarrhe sowohl der Respirations- als auch der Unterleibsorgane fehlen oder unbedeutend sind und bei denen man mehr oder weniger lange zweifeln kann, ob man es mit Influenza oder mit Typhus zu thun hat.

Herr Dehio referirt über Untersuchungen, die unter seiner Leitung von Dr. Tomberg ausgeführt worden sind und den Zweck hatten, das Fleischl'sche Haemometer auf seine Tauglichkeit zu klinischen Untersuchungen zu prüfen und die mit dem Gebrauch dieses Apparats verknüpften Fehler festzustellen. Aus diesen Untersuchungen ergiebt sich, dass die Angaben des Fleischl'schen Haemometers in der That mit einem constant vorhandenen Fehler behaftet sind; letzterer muss empirisch für jeden einzelnen Apparat festgestellt werden, da die Fehler bei den verschiedenen Apparaten nicht gleich sind. Der Apparat, der von Neubert und Lezius zu ihren Untersuchungen (cf. die Dissertation der Genannten und Dehio's Aufsatz in Nr. 1 der Petersburger med. Wochenschrift 1891) benutzt wurde, ergab nach Tomberg's Prüfung einen fortschreitend zunehmenden Fehler, so dass bei einem Blut, welches 80 pCt. des normalen Haemoglobingehaltes besitzt, durchschnittlich 1,4 pCt. zu wenig angegeben werden, bei 70 pCt. beträgt der Fehler im Durchschnitt 2,8 pCt.; bei 60 pCt. des normalen Haemoglobingehaltes 3,6 pCt. bei 50 pCt.—4,5 pCt.; bei 40 pCt. – 5,2 pCt.; bei 30 pCt.—5,4 pCt.; bei 20 pCt.—5,5 pCt. Diese aus einer grossen Untersuchungsreihe eruirten Zahlen, nach denen die Ablesungen am Apparat corrigirt werden müssen, stimmen mit den schon von Lezius und Neubert festgestellten und benutzten Correcturzahlen gut überein, so dass die von jenen Autoren gemachten Angaben in allen Stücken aufrecht erhalten bleiben. — Andrerseits kam es darauf an, die Breite der Fehlerschwankungen festzustellen, welche nach der Correctur des constanten Fehlers für den sich nur Mittelwerthe angeben lassen, noch übrig bleiben. In 90 pCt. aller Fälle überschreiten die Fehler der Bestimmung nicht den Werth von 2 pCt. nach der positiven oder negativen Seite, keinesfalls aber reichen nach Tomberg's Erfahrungen die Grenzen der Fehlerschwankung weiter als 4,3 pCt. nach der positiven und 3,9 pCt. nach der negativen Seite. — Diese letztgenannten starken Abweichungen finden sich übrigens nur bei sehr blassem Blut, in dem nur noch weniger als 60 pCt. des normalen Haemoglobingehaltes vorhanden sind. Bei so haemoglobinarmem Blut sind die grösseren Fehler aber weniger störend, als bei haemoglobinreicherem Blut. Tomberg kommt deshalb mit Recht zu folgendem Schluss: dem Kliniker wird es in den meisten Fällen nicht darauf ankommen, geringe Veränderungen des Haemoglobingehaltes des Bluts festzustellen, denn solche sind nach unsern bisherigen Erfahrungen klinisch belanglos; wo aber bedeutende Verarmungen des Bluts an Haemoglobin vorhanden sind, da gestattet das Fleischl'sche Haemometer immerhin, derartige Veränderungen mit genügender Sicherheit festzustellen, um klinische und diagnostische Schlüsse zu ziehen. Conditio sine qua non aber ist, dass jeder Beobachter für seinen Apparat, bevor er ihn praktisch benutzt, nach der von Tomberg angewandten Methode die constanten Fehler empirisch feststellt, und späterhin diesen Fehler stets corrigirt, so oft er den Apparat gebraucht.

Auf eine Anfrage des Herrn von Zoege, ob die Schwankungen der Fehlerquelle nicht auch auf persönliche Einflüsse, des Beobachters zurückzuführen seien, erwidert Herr Dehio, dass die fortschreitende Fehlerquelle am Apparat selbst liege, die Schwankungen eine verschiedene Ursache haben können:

1. Das Blut ist nicht immer gleich durchsichtig (warum ist nicht klar);
2. Das Auge des Beobachters ist an verschiedenen Tagen verschieden disponirt (dieser Fehler ist nicht gut zu eliminiren).

Sitzung am 18. December 1891.

Vortrag des Herrn Robert Koch: Zur Casuistik der Bronchitis fibrinosa. (Der Vortrag ist in der St. Petersb. med. Wochenschrift Nr. 9 a. c. in extenso erschienen).

Herr Kieseritzky erwähnt einen Fall von Bronchitis crouposa bei einem Erwachsenen, den er im vorigen Jahre in der Nothnagel'schen Klinik gesehn. Es wurden unter starken dyspnoischen Anfällen fein dendritisch verzweigte Abgüsse der Bronchien expectorirt.

Herr Kessler ergreift zur Entstehung der Exsudate das Wort und vermisst in den ausgelegten Praeparaten das Lumen und die charakteristische Faltenbildung im Centrum, wie sie durch nachfolgende concentrische Exsudation entstehn müsste.

Herr Dehio weist auf die Analogie der Gerinnselbildung bei Bronchitis crouposa mit der bei Diphtherie hin, wo die Gerinnsel durch Exsudation von der Schleimhaut aus entstehn und ein Lumen haben.

Herr Zoege meint, dass sich in manchen Querschnitten der ausgelegten Praeparate sehr gut die von Kessler geforderte Fältelung nachweisen lasse. Ausserdem liegen die Leukocyten im Centrum, in den peripheren Schichten fehlen sie ganz. Auch dieser Befund spräche für concentrische Entstehung der Gerinnsel.

Herr Gerlach schliesst sich in Bezug auf die Deutung des von Zoege angeführten Praeparates diesem vollkommen an und weist drauf hin, dass man im Centrum desselben eine unregelmässige homogene Fläche sieht, welche eine ganz andere Structur besitzt, als die sie umschliessenden typischen fibrinösen Schichten. Abgesehn davon findet man in dieser homogenen, durch den Farbstoff ausserdem weniger intensiv gefärbten Grundsubstanz Alveolarepithelien in reichlicher Anzahl, während das fibrinöse und hyalin degenerirte Substrat fast nur Leukocyten enthält. Dieser Zellbefund macht zugleich den Einwand unhaltbar, dass es sich hier um ein durch Alkoholhärtung erzeugtes Kunstproduct handle. Auch die Faltenbildung sei ohne Weiteres zu sehn, wenn man sich nur daran halte, dass im gegebenen Fall die einzelnen Schichten der croupösen Ausschwitzungen einen sehr verschiedenen Zellenreichthum aufweisen. Denselben Structurunterschied zwischen

dem centralen Raum und der Peripherie eines Bronchialgerinnsels könne man noch viel schöner wahrnehmen in dem Praeparat, in welchem sich die Saprophyten demonstriren lassen, welche sich auch ausschliesslich in diesem hellen homogeneren und Alveolarepithelien führenden Centralraume nachweisen lassen.

Herr Kessler proponirt, bei Demonstration mikroskopischer Praeparate kleine Zeichnungen zur Erleichterung der Verständigung beizulegen. z. Z. Secretair: Dr. Robert Koch.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 7. Januar 1892.

Herr Moritz giebt folgenden Nachtrag zu dem in der Sitzung von 16. April mitgetheilten Fall von periodischer Albuminurie:

In der Sitzung vom 16. April 1891 habe ich über einen Fall von periodischer Albuminurie berichtet, welcher sich durch die Abhängigkeit der Eiweissausscheidung von der Körperstellung charakterisirte. Der Zustand wurde von mir damals als «verticale» Albuminurie bezeichnet, denn die aufrechte Stellung war das alleinige Moment, durch welches unabänderlich jedesmal Albuminurie hervorgerufen wurde, während alle übrigen bekannten eiweissvermehrenden Umstände keinen deutlichen Einfluss zeigten — namentlich nicht im Stande waren, bei horizontaler Lage Eiweissausscheidung zu bewirken.

Seit jener Mittheilung sind 9 Monate verflossen, während welcher der erwähnte Patient unter fortdauernder Controle bez. seiner Albuminurie steht. Der Zustand hat sich seitdem nicht wesentlich geändert und lege ich die Curve, welche den täglichen Eiweissverlust veranschaulicht, bei. Aus derselben ersieht man, dass kein Eiweiss nachzuweisen (durch Kochprobe mit Essigsäure sowie Essbach) war an allen denjenigen Tagen, an welchen Pat. ununterbrochen zu Bette lag, resp. halbsitzend im Bett sich beschäftigte: 14. April, 24. und 26. Mai, 11. August, 11. Sept., 14—26. October und 14—20. Nov. Während dieser letzten 7tägigen Liegezeit war Pat. genöthigt am 16. auf 10 Minuten das Bett zu verlassen und sofort zeigte die nächste Portion einen Eiweissgehalt von 0,2 p. M. (im Essbach). Ferner stellte sich heraus, dass der nächste auf einen Liegetag folgende Tag einen sehr hohen Eiweissverlust ergab, sowie dass regelmässig am Morgen oder Vormittag resp. unmittelbar nach dem Verlassen des Bettes der Eiweissgehalt viel stärker war als in den später gelassenen Portionen, während Patient auf war und sich bewegte, so dass augenscheinlich der Uebergang[1]) von horizontaler zur verticalen Stellung, resp. die dadurch bewirkte positive Druckschwankung des Venendrucks die stärkste eiweisstreibende Wirkung hat. Angeregt durch einzelne Angaben über günstige Einwirkung einer Compression auf die Nierengegend wurde 2 mal — im Mai und December — mittelst Flanellbinde ein kleines Kissen auf den Leib gebunden und einige Tage getragen, — im Mai bei gleichzeitig 2 Tage lang dauernder Einwickelung beider Unterextremitäten. Ein Erfolg war nicht deutlich, obzwar doch die betr. Tage eher zu den besseren gehörten. In den 5 Tagen vom 29. Nov. bis 3. Dec. wurden wieder verschiedene Experimente zur Controle und Vervollständigung früherer Wahrnehmungen gemacht: bei Rückenlage im Bett wurden Uebungen mit Hanteln gemacht und danach bei ruhenden Armen Balanciren einer Last auf den Fusssohlen, — beides bis zur Ermüdung und beides ohne Eiweissausscheidung. Am 30. Nov. sass Pat. auf dem Rande des Bettes mit herabhängenden Beinen ¾ Stunde lang, am 1. Dec. im Stuhl 1½ Stunden — ohne Eiweiss zu produciren. Als er jedoch am 2. und 3. Dec. auf seinem Stuhl sitzend sich im Zimmer herumschob, auch in entferntere Zimmer auf diese Weise sich bewegte, ergab sich ein ziemlich erheblicher Eiweissgehalt. — Was den Einfluss von Körperbewegungen, resp. körperlichen Strapazen anlangt, von welchen man eine entschieden schädliche Wirkung voraussetzen durfte, — so liess sich eine solche nicht immer constatiren; im Juli und August wurden mehrmals sehr angreifende Jagdpartien unternommen, — ohne jede Verschlimmerung. Es muss bemerkt werden, dass auch in dieser Zeit jeden Morgen die Kochprobe klaren Urin zeigte. — Im Laufe des Sommers wurde öfters mehrere Tage nach einander viel gelegen, — doch nur einmal mehr als 24 Stunden ununterbrochen (11. Aug.), wobei es keinen grossen Unterschied machte, ob Pat. etwa 3—4 Stunden oder 8—10 ausser Bett war, denn wie schon bemerkt waren die ersten Stunden nach dem Aufstehn immer am stärksten eiweissreich.

Arzneimittel sind successive verschiedene genommen worden: Acid. nitr. (3 Woch.) ohne Erfolg; am 20. Mai wurde begonnen mit einer Mischung von Tr. Strophanti mit Tr. hydrastis Can. wonach am 3. Tage (22. Mai), einem besonders angreifenden Examentage die höchsten Eiweissziffern beobachtet wurden (in einer Portion 8 p. M.) und zahlreiche mit Epithel besetzte und grobgranulirte Cylinder sich fanden, auch war der drauffolgende Morgen der einzige, welcher noch etwas Niederschlag im Essbach (0,5 p. M.) zeigte. — Seitdem sind Cylinder nur vereinzelt 3 oder 4 mal beobachtet worden, meist fehlten sie im mikroskop. Bilde, es gab überhaupt meist kein sichtbares Sediment so lange der Harn frisch war. Später wurde Natr. salicyl. längere Zeit gebraucht, dann Tannin, Antipyrin, Protojoduret. hydrargyri, Kali jodat, Atropin. — Von diesen Mitteln schien Tannin ungünstig, die andern gar nicht zu wirken. Das Tagesquantum des Harns betragt durchschnittlich ca. 900 — 1000, — der tägliche Eiweissverlust schwankt zwischen 0,1 und 0,2 Gramm und steht in keinem bestimmten Verhältniss zur Harnmenge. Die Schwankungen im Eiweissverlust sind allerdings nach oben wie nach unten sehr bedeutend.

Pat. geniesst gemischte Kost mit den übrigen Hausgenossen: Kaffee, Thee, Spirituosen kommen nur ausnahmsweise vor, dagegen trinkt er seit der Kindheit sehr viel Milch. In der letzten Zeit vereinzelt vorgekommene Gesellschaften, bei denen Wein genossen wurde, haben keine deutliche Verschlimmerung bewirkt. Das Körpergewicht schwankt zwischen 143—150 Pf. russisch.

Eine nunmehr 10monatliche Beobachtung dieses Falles hat mich dazu geführt, ihn zunächst nicht als Nephritis anzuerkennen und die Bezeichnung «verticale Albuminurie» aufrechtzuerhalten: denn Pat. zeigt, abgesehen von ziemlich bedeutender der Familie eigenthümlicher Magerkeit, keinerlei Krankheitssymptome, alle übrigen Organe sind so weit erkennbar gesund, desgleichen volle körperliche und geistige Leistungsfähigkeit vorhanden. Indessen kann ich mich doch der Besorgniss nicht verschliessen, es könnte sich handeln um ein Frühstadium jener verderblichen Granularatrophie jüngerer Leute, welche meist erst durch die ersten anämischen Erscheinungen entdeckt wird.

Der weitere Verlauf wird's lehren.

2. Herr Abelmann hält einen zur Veröffentlichung bestimmten Vortrag über Peliosis rheumatica im Säuglingsalter.

3. Herr Kernig giebt einige den Journalen des weiblichen Obuchowhospitals entnommene Daten über die gegenwärtig herrschende Influenza. Eine plötzliche epidemische Steigerung der Zahl der Influenzafälle wurde im Juni des vergangenen Jahres, also etwa um dieselbe Zeit beobachtet, als die Fregatte «Minin», von einer Influenzaepidemie an Bord heimgesucht, von Schweden nach Kronstadt zurückkehrte; vom Juni an bis jetzt dauert die Epidemie, jetzt in entschiedener Abnahme begriffen an; die Zahl der mit Influenza in das Hospital aufgenommenen Kranken war in den einzelnen Monaten d. J. 1891 folgende:

Januar	23	Juli	47
Februar	13	Aug.	19
März	7	Sept.	22
April	5	Oct.	63
Mai	12	Nov.	64
Juni	70 (!)	Dec.	24.

Von den gesammten 369 Influenzafällen mit 14 Todesfällen waren 72 (=19,5 pCt.) durch Pneumonia catarrhalis complicirt; die Mortalität betrug im Ganzen 3,8 pCt., für die mit Katarrhalpneumonie complicirten aber 19,4 pCt. Die im Juni aufgetretene Epidemie ist fast nur in den Hospitälern, fast gar nicht in der Privatpraxis beobachtet worden, weil in der Zeit das bessere Publicum zum allergrössten Theil ausserhalb der Stadt lebt. Die meisten Fälle waren sehr typisch, besonders ausgeprägt war neben den anderen katarrhalischen Erscheinungen die initiale Injection der Conjunctiva. Ausser der Katarrhalpneumonie und den Fällen von croupöser Pneumonie, die gleichfalls auf Influenza bezogen werden konnten, oben aber nicht miteinbegriffen sind, wurden als Complicationen noch beobachtet: Polyneuritis (2 Fälle, davon einer mit Veränderungen im Rückenmark) und (privatim) Pneumonia migrans mit secundärer letaler Meningitis (1 Fall). Inbetreff der Influenzapneumonien bemerkt K. dass dieselben sich durchaus als etwas Eigenartiges, als Pneumonien sui generis darstellen, indem es auch bei der Autopsie oft nicht möglich ist, sie mit Bestimmtheit als katarrhalisch oder als croupös zu bezeichnen; in ihrem klinischen Verlaufe geben sie das Bild einer katarrhalischen Pneumonie.— Herr Hirsch erwähnt demgegenüber einiger Fälle von muthmaasslicher Influenzapneumonie, welche Anfangs einige Symptome der croupösen (Sputa crocea) darboten, später aber als katarrhalische verliefen.— Herr de la Croix bestätigt die anatomische Eigenartigkeit der Influenzapneumonie; dieselbe zeige ein der eitrigen Infiltration bei croupöser Pneumonie ähnliches Bild, doch fehle die Hepatisation und sei der Eiter flüssiger; die Pleura werde

[1]) Senator, die Albuminurie.
Heubner, Berl. kl. W. 1891. S. 543.
[2]) Casaretti (Pisa) Ref. in Supplem. to the British Med. Journal 26. Sept. 1891.
Verco (Australien) Ref. ibid. 24. Oct. 1891.

weniger betheiligt gefunden, der Process sei meist lobulär, nicht lobär.

4. Herr Mendelsohn und Herr Petersen berichten über folgenden Fall von Epilepsie, bedingt durch einen Hirntumor:

Pat. 32 Jahre alt, seit 2 Jahren von M. beobachtet, hereditär belastet, acquirirte 1879 Lues, bekam 1886 die ersten epileptischen Anfälle; 1879 und 1888 Schmiercuren; 1889 wurde der Zustand von Charcot als essentielle Epilepsie bezeichnet. Im Laufe des letzten Jahres wurden die typischen Anfälle seltener, dagegen Aura und petit mal häufiger; Consultation mit Prof. Tarnowsky, erneute Schmiercur; in letzter Zeit Erscheinungen von Hirndruck (linksseitige Paresen) und psychische Störungen, wegen welcher Pat. in eine Anstalt gebracht wurde † 5. Januar 1892. (Der Augenspiegelbefund war 1889 normal, später wurde nicht ophthalmoskopirt). Demonstration des Gehirns: beide Hemisphären sehr gross, Gyri abgeplattet, besonders rechts; pia mater normal, an der Convexität nichts weiter wahrzunehmen; bei der Betrachtung der Basis cerebri zeigt sich der rechte Schläfenlappen von einer diffusen gelatinös aussehenden Geschwulstmasse (Gliom?) eingenommen; die weitere Untersuchung zeigt, dass auch der rechte Thalamus opticus und das rechte Corpus striatum von der Geschwulst eingenommen sind.

Secretär: E. Blessig.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Zur Anwendung des warmen Wassers bringt Harley in «Medical Age» folgende werthvolle Indicationen des heissen Wassers in Erinnerung: Geringe Kopfschmerzen hören bei gleichzeitiger Application des heissen Wassers auf den Nacken und die Füsse bald auf. Eine in heisses Wasser getauchte, rasch ausgewundene Serviette auf den Magen gelegt, wirkt beinahe augenblicklich gegen Koliken. Nichts coupirt rascher eine Lungencongestion, eine Angina oder einen Rheumatismus, wie Heisswassercompressen. Eine mehrfach zusammengelegte, in heisses Wasser getauchte und dann ausgewundene Serviette auf die schmerzhafte Stelle gebracht, bringt bei Zahnschmerzen und Neuralgien bald Erleichterung. Ein mit heissem Wasser angesaugtes Flanellstück um den Hals eines von Croup befallenen Kindes gelegt, erzeugt in 5—10 Minuten auffallende Beruhigung. Dieses gelingt namentlich beim sogenannten Pseudocroup. Grosse Dosen heissen Wassers eine halbe Stunde vor dem Schlafengehen genommen, sind ein gutes Mittel gegen Verstopfung. Dasselbe Mittel, Monate lang genommen und mit einer passenden Diät vereint, wirkt bei gewissen Formen der Dyspepsie vortrefflich. Memorabilien 12. Sept. 1891.

— Solis-Cohen empfiehlt die örtliche Anwendung des Bromoform. Bei schweren Fällen von Ozaena hat er gute Erfolge mit diesem Mittel erzielt. Er wandte auch das Mittel bei tuberculösen und anderweitigen Geschwüren des Kehlkopfes an, nachdem er hier wie bei der Ozaena eine Reinigung mit Wasserstoffsuperoxyd hatte vorhergehen lassen. Das Bromoform wirkt örtlich analgesirend und desinficirend, da aber die Substanz flüchtig ist, so ist der Effect ein rasch vorübergehender; deshalb empfiehlt S. Jodoforminsufflationen folgen zu lassen. Med. News. 11. Juli.

Vermischtes.

Befördert: Zum Geheimrath — der Professor der Psychiatrie an der militär-medicinischen Academie, Dr. Mierzejewski.

Verstorben: 1) Am 5. Februar in Kowel (Wolhynien) der freipracticirende Arzt Marcus Kulkin im 32. Lebensjahre am Abdominaltyphus. Der Hingeschiedene hatte seine medicinische Ausbildung an der Universität Kiew erhalten und darauf behufs weiterer Vervollkommnung seine Studien an ausländischen Universitäten fortgesetzt. Wie grosse Liebe und Achtung derselbe unter den Einwohnern der Stadt sich erworben hatte, geht daraus hervor, dass eine grosse Menschenmenge seinem Sarge folgte und die Kaufleute am Tage der Beerdigung, zum Zeichen der Trauer, ihre Magazine geschlossen hatten. (Wr.). 2) Im Kreise Tscheljabinsk (Gouv. Orenburg) der Bezirksarzt des Orenburgschen Kosakenheeres Andreas Wjatkowski im 57. Lebensjahre. 3) Im Kreise Chorol (Gouv. Poltawa) der noch junge Landschaftsarzt Nikolai Jedlitschka, welcher sich erschossen hat. 4) In Wiesbaden am 5. März der Generalarzt ausser Diensten Dr. Robert Weber. 5) In Wien Dr. Victor Iwanchich de Margita nach soeben vollendetem 80. Lebensjahre. Sein Name wird in der Geschichte der Chirurgie stets genannt werden, da er einer der Ersten war, welcher die Lithotripsie in Oesterreich-Ungarn ausübte und in seiner ausgebreiteten Praxis nicht weniger als 300 Steinzertrümmerungen mit glänzendem Erfolge ausgeführt hat. Dieser Operation, deren Technik er meisterhaft beherrschte, sind auch die meisten seiner zahlreichen Schriften gewidmet. Seit dem Jahre 1881 lebte J. wegen Kränklichkeit in stiller Zurückgezogenheit, aus welcher sein Name jedoch noch häufig anlässlich seiner Wohlthätigkeitsacte in die Oeffentlichkeit gelangte.

— Ein Kreis von Tiflisschen Aerzten, welche Prof. Virchow während seines letzten Aufenthalts im Kaukasus auf der Reise von Tiflis nach Abastuman begleiteten, hat beschlossen, zum Andenken an den berühmten Gelehrten und Arzt in der Orpir'schen Schlucht an der Spitze eines Felsens eine Tafel mit der Aufschrift: «An dieser Stelle hielt der grosse Gelehrte Rudolf Virchow einen hochbedeutenden Vortrag über Gebirgscurorte» anzubringen.

— Am 9. März n. St. beging der Director der Marburger inneren Klinik, Prof. Dr. Mannkopf das Jubiläum seiner 25jährigen Thätigkeit an derselben

— Prof. emer. Dr. Kussmaul hat aus Anlass der Feier seines 70jährigen Geburtstages in Erinnerung an seine Studienzeit in Heidelberg der dortigen Luisen-Heilanstalt ein Kapital von 10,000 Mark geschenkt, welches nach einem frühverstorbenen Kinde des Stifters den Namen: «Hedwig-Kussmaul-Stiftung» tragen wird.

— Der bekannte Bakteriologe und Mitarbeiter Prof. Rob. Koch's am Institut für Infectionskrankheiten in Berlin, Dr. Kitasato, soll in nächster Zeit in sein Heimathland Japan zurückkehren, um die Leitung eines nach dem Muster des Berliner in Tokio neu zu errichtenden Instituts zu übernehmen.

— Dr. Felix Wolff, welcher seit dem Tode Dr. Brehmers dessen bekannte Heilanstalt für Lungenkranke in Görbersdorf leitete, übernimmt jetzt die Leitung der bekannten Dr. Driver'schen Lungenheilanstalt in Reiboldsgrün (Königreich Sachsen).

— Sanitätsrath Dr. Jastrowitz, der langjährige frühere Leiter der «Maison de Santé» in Schöneberg bei Berlin, hat die Leitung der neuen Dr. James Fräenkel'schen Heil- und Pflegeanstalt für Gemüthskranke in Steglitz bei Berlin übernommen.

— In Twer ist ein ärztlicher Verein in's Leben getreten, nachdem die Statuten desselben am 23. Januar d. J. bestätigt worden. Die Zahl der Gründer beträgt 48. In der am 8. Februar abgehaltenen ersten Sitzung fanden die Wahlen des Vorstandes statt. Zum Präsidenten wurde der Oberarzt des örtlichen Gouvernements-Landschaftshospitals Dr. M. J. Petrunkewitsch, zum Vicepräsidenten Dr. E. Landesen, zum Bibliothekar und Cassirer Dr. N. M. Pawlow und zum Secretär Dr. A. P. Rosanow gewählt.

— Die Twersche Abtheilung des «Rothen Kreuzes» hat auf ihre Kosten eine Gemeinschaft barmherziger Schwestern in der Stadt Twer gegründet. Für's Erste werden 9 Schwestern in dem für diesen Zweck angekauften Hause ausgebildet.

— Die Kiewer Universität hat zum ersten Mal den Grad einer Apothekergehülfin verliehen, und zwar einem Fräulein A. M. Makarowa, welche im Smolna-Institut in St. Petersburg erzogen ist, und gegenwärtig als Pharmaceutin in der Apotheke der Pokrow'schen Gesellschaft barmherziger Schwestern in Kiew fungirt.

— Wie die «Nowosti» erfahren hat ein Odessaer Krösus den Assistenten Prof. Billroths, Dr. Eiselsberg aus Wien nach Odessa kommen lassen behufs Ausführung einer Operation an den Schädelknochen seiner Tochter und demselben dafür 5000 Rbl. gezahlt.

— Die Charkowsche Duma hat beschlossen, den dortigen Arzt Dr. W. A. Frankowski, dessen 50jähriges Jubiläum in nächster Zeit von der Charkower medicinischen Gesellschaft festlich begangen werden wird, in Anbetracht seiner Verdienste um die Stadt zum Ehrenbürger der Stadt Charkow zu wählen, die Abtheilung für Infectionskrankheiten im städtischen Kinderhospital, dessen Curator er ist, nach ihm zu benennen und sein Portrait im Empfangszimmer des Kinderhospitals aufzuhängen.

— In der Jahresversammlung der St. Petersburger (russischen) medicinischen Gesellschaft sind der Medicinalinspector Dr. J. W. Berthenson zum Präsidenten, Dr. Theremin zum Vicepräsidenten, zu Secretären die DDr. Wassiljew und Einhorn und zum Cassirer der Apotheker Heermeyer gewählt worden. In derselben Sitzung wurden die DDr. Theremin und A. L. Winogradow zu Ehrenmitgliedern der Gesellschaft gewählt.

— Der bekannte, vor Kurzem verstorbene Dr. Morell Macenzie in London hat, wie Labouchère, der mit ihm befreundet war, mittheilt, durch seine Praxis bereits einige Jahre nach Beginn derselben (i. J. 1862) ca. 5000 Pfd. Sterling (gegen 50,000 Rbl. nach dem gegenwärtigen Curse) eingenommen. Ungefähr vom Jahre 1875 an stiegen seine jährlichen Einnahmen schon auf 12,000—15,000 Pfd. Sterling (gegen 120,000 bis 150,000 Rbl.).

— Wiederum hat ein Veteran der medicinischen Wissenschaft, Prof. Conrad Eckhard in Giessen, sein 70. Lebensjahr vollendet. E. docirt bereits seit 1850 in Giessen, anfangs gleichzeitig Physiologie und Anatomie, in den letzten Jahren nur Physiologie und hat sich durch hervorragende Arbeiten auf beiden Gebieten hervorgethan. Am bekanntensten ist sein «Lehrbuch der Anatomie des Menschen» (1862), dann seine «Beiträge zur Anatomie und Physiologie», von denen 12 Bände bereits erschienen sind.

— Vor Kurzem ist zur Erinnerung an den berühmten Anatomen und Pathologen Jean Cruveilhier († 1874) in seiner Vaterstadt Limoges eine Gedenktafel an seinem Geburtshause angebracht worden. C. begann seine med. Praxis in Limoges und war später Professor in Montpellier und Paris.

— Vom Kasanschen Bezirksgericht wurden vor Kurzem zwei Tataren zu 12jähriger schwerer Arbeit in den Bergwerken verurtheilt für die Ermordung eines 6jährigen Mädchens, dessen Herz sie herausgeschnitten hatten, um es einem Kranken zu essen zu geben. Den Rath, das menschliche Herz zu essen, hatte ein Kasanscher Mullah gegeben, der sich mit der Behandlung von Krankheiten befasst.
(Kas. Wjesti-Wr.).

— Am 27. Februar verstarb hierselbst das active Mitglied des hiesigen Kaiserl. Instituts für Experimental-Medicin, Magister der Veterinärkunde Christoph Hellmann. Er ist ein Opfer seines Berufs geworden indem er vor ca. 2 Jahren bei seinen Versuchen mit dem von ihm dargestellten Mittel («Mallein») gegen die Rotzkrankheit sich mit letzterer inficirt hat.

— Das hiesige Kaiserliche Institut für Experimental-Medicin gedenkt in nächster Zeit ein eigenes Journal in russischer und französischer Sprache unter dem Titel «Archiv für biologische Wissenschaften» herauszugeben.

— In J. 1889 wurde bekanntlich von dem Homöopathen Dr. Dittmann 17 Werst von der Station Nykirka der Finnländischen Bahn im Gouv. Wiborg in gesunder Gegend ein Sanatorium für Lungenkranke im Halila eröffnet, welches aber — wohl in Folge der vorzugsweise homöopathischen Leitung — nicht prosperirte und im Herbst des vorigen Jahres wegen Mangels an Mitteln geschlossen werden musste. Gegenwärtig hat nun S. Majestät befohlen, obiges Sanatorium mit dem dazu gehörigen Gute aus Allerhöchstseinen Mitteln anzukaufen und nach den nothwendigen Remonten im Frühjahr d. J. für Lungenkranke wieder zu eröffnen. Mit dem Sanatorium wird auch ein bakteriologisches Laboratorium zu wissenschaftlichen Untersuchungen verbunden werden. Die Regeln für die Aufnahme der Kranken etc. können schon jetzt in der Allerhöchsteigenen Kanzlei, welcher die Anstalt unmittelbar unterstellt ist, täglich von 11—3 Uhr eingesehen werden.

— Wie der «Wratsch» berichtet, haben die Studenten des letzten Cursus der milit.-med. Academie sich bereit erklärt, an den Sanitäts-Detachements, welche in die von Epidemien heimgesuchten Hungergegenden gesandt werden, sich activ zu betheiligen.

— Bei der militär-medicinischen Academie ist eine Prämie auf den Namen des verstorbenen Medico-Chirurgen N. S. Juschenow gestiftet worden, welche alljährlich am 26. März für das beste in russischer Sprache gedruckte medicinische Werk, das zur Bewerbung um die Prämie eingereicht ist, verliehen werden wird. Als Bewerber können nur russische Unterthanen orthodox-griechischer Confession auftreten.

— Gemäss einer Allerhöchst bestätigten Resolution des Ministercomités wird das Recht der Militär- und Marineärzte auf privilegirte Eisenbahnfahrten auch auf die Glieder des Lehrpersonals der militär-medicinischen Academie, welche eine Uniform nach dem Muster der Militärärzte tragen, ausgedehnt.

— Der Zudrang zur medicinischen Laufbahn ist in Deutschland in starker Zunahme begriffen, wie aus der Steigerung in der Zahl der Approbationen ersichtlich ist. Während des Prüfungsjahres 1890/91 sind im deutschen Reiche 1570 Aerzte approbirt worden, während im Jahre 1880/81 die Zahl der Approbirten nur 556 betrug und allmälig zu der obigen Ziffer gestiegen ist. In 10 Jahren hat sich also die Zahl der Approbirten nahezu verdoppelt. Bei den Zahnärzten war die Zahl der Approbationen von 1880/81 bis 1888/89 auf das 6½fache gestiegen, hat im letzten Prüfungsjahre aber abgenommen; es sind nämlich nur 96 approbirt gegen 103 in den beiden Vorjahren. Die Zahl der approbirten Apotheker ist in dem letzten Decennium verhältnissmässig am wenigsten gestiegen: 1880/81 wurden 365 Apotheker, 1890/91 dagegen 549 approbirt. (Allg. med. C.-Ztg.).

— Am 16. Februar sind die Statuten einer neuen Gesellschaft ministeriell bestätigt worden, welche es sich zur Aufgabe gestellt hat, die Wöchnerinnen und deren Kinder in den hiesigen städtischen Gebärasylen mit Kleidung, Wäsche und Geldmitteln zur Reise in die Heimath zu versorgen, sowie die Unterbringung der Neugeborenen in die betreffenden Anstalten in den Fällen zu erwirken, in welchen die Neugeborenen aus triftigen Gründen nicht bei ihrer Mutter verbleiben können u. s. w. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 5 Rbl. jährlich oder 100 Rbl. einmalig. Als Gründerinnen der Gesellschaft werden die Gräfinnen N. A. und O. J. Bobrinski, die Fürstinnen M. W. Wjasemski und A. A. Obolenski, Frau W. G. v. Gerngross und Frau A. G. Paschkow genannt.

— Nach dem Tode Dr. Rosenthals hat die interimistische Leitung der Redaction der rühmlichst bekannten «Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung» (in Berlin) Dr. H. Lohnstein übernommen.

— Das bekannte grosse Charité-Krankenhaus, in welchem ein grosser Theil der Berliner Universitäts-Kliniken und Institute untergebracht sind, soll in nicht allzu ferner Zeit unter Verlegung auf einen anderen Platz neu erbaut werden.

— In den von Prof. Rob. Koch geleiteten Baracken für Infectionskrankheiten in Berlin können jetzt 60 Männer, 36 Frauen und 12 Kinder untergebracht werden. Gegenwärtig werden daselbst etwa 70 Personen mit dem verbesserten Tuberculin behandelt. (A. m. C.-Ztg.).

— Alvarenga-Preisaufgabe. Die Hufeland'sche Gesellschaft hat in der Sitzung vom 25. Februar cr. beschlossen, folgende Preisaufgabe zu stellen:

«Ueber Morbus Basedowii. Es soll eine Darstellung der Geschichte des Morbus Basedowii gegeben werden; hieran soll anknüpfen eine Darstellung der neueren Erfahrungen auf dem Gebiete der Pathologie und pathologischen Anatomie der Krankheit: schliesslich sollen die Theorien der Erkrankung kritisch beleuchtet und die Therapie eingehend erörtert werden». Der Preis beträgt 800 Mark. Einzureichen sind die Arbeiten bis zum 1. April 1893 an den Unterzeichneten, Berlin, W. Margarethenstr. 7. Zulässige Sprachen: deutsch, englisch und französisch. Die nicht preisgekrönten Arbeiten werden auf Verlangen bis zum 1. October 1893 zurückgegeben. Die Bekanntmachung der Zuertheilung des Preises findet am 14. Juli 1893 statt. Der Vorsitzende der Hufeland'schen Gesellschaft Liebreich.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 16. Februar d. J. 6201 (169 weniger als in der Vorwoche), darunter 461 Typhus — (18 weniger), 603 Syphilis — (41 weniger), 53 Scharlach — (9 weniger), 29 Diphtherie — (12 mehr), 73 Masern — (4 weniger) und 21 Pockenkranke (2 mehr).

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 23. Februar d. J. 6386 (185 weniger als in der Vorwoche), darunter 444 Typhus — (17 weniger), 650 Syphilis — (6 mehr), 56 Scharlach — (6 weniger), 30 Diphtherie — (13 mehr), 75 Masern — (2 weniger) und 17 Pocken — (2 weniger).

Am 1. März d. J. betrug obige Gesammtzahl 6468 (82 mehr als in der Vorwoche), darunter 463 Typhus — (19 mehr), 661 Syphilis — (11 mehr), 69 Scharlach — (13 mehr), 22 Diphtherie — (8 weniger), 73 Masern — (2 weniger) und 26 Pocken — (9 mehr).

Vacanz.

Von dem Nolinsk'schen Kreis-Landschaftsamte wird ein Arzt für das Ambulatorium im Kirchdorf Ludjano (25 Werst von Nolinsk entfernt) und den umliegenden med. Bezirk gesucht. Der Bezirk besteht aus 6 Gemeinden mit ca. 50,000 Einwohnern. Gehalt 1000 Rbl. jährlich und 100 Rbl. Quartiergeld. Bewerber haben ihre Documente der «Нолинская Земская Управа» einzusenden.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 16. Februar bis 22. Februar 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
312	237	549	92	46	94	7	11	15	58	64	38	39	43	28	14	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 9, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 5, Masern 12, Scharlach 15, Diphtherie 6, Croup 1, Keuchhusten 4, Croupöse Lungen-

entzündung 27, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 103, Tuberculose anderer Organe 12, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 32, Marasmus senilis 27, Krankheiten des Verdauungscanals 55, Todtgeborene 33.

Für die Woche vom 23. Februar bis 29. Februar 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
347	257	604	107	39	76	15	10	25	63	59	61	56	42	40	11	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 15, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 11, Scharlach 15, Diphtherie 8, Croup 2, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 34, Erysipelas 7, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 1, Tuberculose der Lungen 116, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 33, Marassmus senilis 32, Krankheiten des Verdauungscanal 58, Todtgeborene 25.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 17. März.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 9. März.

Дозв. ценз. Спб. 6 Марта 1892 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Wienecke, Katherinenhofer-Pr. № 15.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 11 St. Petersburg, 14. (26.) März **1892**

Zur operativen Behandlung veralteter Luxationen im Ellbogengelenk.

Von

N. A. Ssokolow

in St. Petersburg.

(Aus der chirurgischen Abtheilung des klinischen Institutes der Grossfürstin Helene Pawlowna).

Die Luxationen im Ellbogengelenk bieten ein besonderes Interesse für den Chirurgen durch die grosse Zahl ihrer verschiedenen Formen und der Complicationen, die dabei beobachtet werden. Es schien mir daher nicht uninteressant, vier Fälle mitzutheilen, die in verhältnissmässig kurzer Zeit im klinischen Institut zur Beobachtung kamen.

Es ist bekannt, wie häufig die Ellbogenluxationen sind, besonders im kindlichen und jugendlichen Alter. Krönlein[1]) hält sogar diese Luxationen für die häufigsten im kindlichen und jugendlichen Alter, da auf 113 Luxationen bis zum 20. Lebensjahre die Ellbogenluxationen 70 pCt. ausmachten. Es ist bekannt, dass eine erhebliche Anzahl von Ellbogenluxationen schon von Anfang an schwer reponible oder selbst irreponible sind. Hueter hat schon längst darauf hingewiesen, dass die Ursache davon in den anatomischen Verhältnissen des Gelenkes gelegen ist. Ein Abbruch dieses oder jenes Knochenvorsprunges, ein abgerissenes Stück irgend einer Epiphyse, Stücke zerrissener Weichtheile können leicht zwischen den Gelenkenden eingeklemmt werden und die Reposition hindern. Das verhältnissmässig späte Verwachsen der Epiphysenpunkte begünstigt natürlich solche Complicationen bei Luxationen bis zum 20. Lebensjahre. Leider konnte ich keine genaueren Angaben über das procentische Verhältniss solcher Complicationen bei Luxationen im Ellbogengelenk finden.

[1]) Deutsche Chirurgie Lief. 26.

Ich verweise daher auf Vamossy[2]), bei welchem unter 9 Fällen von Ellbogenluxationen 8 mit Brüchen dieses oder jenes Condylus complicirt waren. Sechs seiner Fälle betreffen Kinder im Alter von 9, 11, 13, 14 und 15 (2) Jahren. In meinen 4 Fällen wurde ebenfalls jedes Mal eine Complication mit einem Bruch beobachtet; sie betrafen ebenfalls junge Patienten im Alter von 12, 14, 16 und 19 Jahren. Ich will diese Frage nicht genauer discutiren und gehe gleich zur Behandlung über. Es ist klar, dass, wenn eine solche Complication vorliegt, besonders günstige Bedingungen nöthig sind, um die Luxation zu reponiren. Bekanntlich gelingt es zuweilen, sehr veraltete Ellbogenluxationen zu reponiren, es muss daher immer in solchen Fällen ein Versuch zur Reposition gemacht werden; ich glaube trotzdem, dass bei complicirten Luxationen Repositionsversuche kaum gelingen werden; ausserdem wissen wir, dass eine forcirte Reposition veralteter Luxationen zu sehr unangenehmen Complicationen führen kann; eclatante Beispiele von solchen finden wir bei Nodot[3]). Andererseits wissen wir, dass nach Luxationen in den Gelenken sich sehr rasch mehr oder weniger erhebliche Veränderungen ausbilden. Bindegewebswucherung in den Knorpeln, Knorpelschwund, narbige Schrumpfung der anliegenden Weichtheile — das Alles sind solche Factoren, welche selbstverständlich die Reposition nicht begünstigen können. Es ist daher wünschenswerth, die Reposition nicht allzusehr zu forciren und danach zu streben, das Gelenk so rasch als möglich auf diese oder jene Weise in für die Function günstige Verhältnisse zu bringen. Das einzige Mittel dazu ist selbstverständlich ein operatives Einschreiten. Es gehört nicht zu meiner Aufgabe in eine genaue Discussion sämmtlicher Operationsmethoden einzugehen, ich verweise auf Ollier[4]), welcher diese Frage sehr genau erörtert. Um die Resectionen zu beschränken, hält Ollier es in einigen Fällen für besser,

[2]) Zur Arthrotomie veralteter Luxationen. Wiener klinische Wochenschrift, 1890, Nr. 50.

[3]) Nodot, Des indications operatoires dans les luxations anciennens du coude. Thèse. Paris 1888.

[4]) Traité des resections. Tome II, 1889.

sich mit einer forcirten Beugung zu begnügen, bei Erwachsenen nach Durchschneidung der Tricepssehne, bei Kindern nach Durchreissen dieser Sehne.

Auf diese Weise bekommen wir ein Ellbogengelenk, welches unter einem Winkel von 100—110° gebeugt steht und bei gewisser Nachbehandlung eine Beweglichkeit von 20—25° erlangen kann. Dieses ist besser, als eine Resection zu risquiren und den Kranken für 4—5 Monate arbeitsunfähig zu machen. Aber Ollier (l. c. p. 285) selbst sagt auch: Il y a quelque chose de mieux, que la résection, c'est de remettre les surfaces articulaires en place par la section des brides, des ligaments, des muscles, de tous les obstacles, en un mot, qui retiennent les extrémités osseuses dans leur position anormale. C'est là le moyen idéal.

Also — Arthrotomie. Aber welche Chancen bietet diese Operation? fragt Ollier und glaubt, dass als günstigste Zeit für dieselbe nur die ersten acht Wochen gerechnet werden können. Es verhält sich aber nicht ganz so. Die Arthrotomie von Nicoladoni, welche Vamossy anführt[5]), ebenso meine Fälle gaben ziemlich gute Resultate selbst nach einigen Monaten. In meinen Fällen wurde die Operation ausgeführt 7 Monate, 4 Monate, 7 Wochen, 2 Monate nach der Luxation. Was den Modus der Gelenkeröffnung betrifft, so ist es natürlich am besten, so zu eröffnen, dass man möglichst freien Zutritt gewinnt. Nur indem wir das Gelenk breit eröffnen, können wir uns orientiren und uns einen genauen Plan für unser Eingreifen machen. Schon Vamossy spricht sich dahin aus, dass der alleinige Langenbeck'sche Schnitt nicht immer genügend ist, nicht deswegen, weil er für die genaue Uebersicht des Gelenkes nicht ausreiche (obgleich dies freilich auch eine Rolle spielt), sondern hauptsächlich wegen der Schwierigkeit, die Wunde bei gebeugter Extremität zu decken. Daher wandte er in seinen Fällen einen zweiseitigen Schnitt an. Selbst Ollier, ein Gegner der Muskeldurchschneidung bei Resectionen, empfiehlt in den schwierigeren Fällen den Triceps zu durchschneiden, und Vamossy hält es für besonders wichtig, subperiostal zu operiren, um nach Möglichkeit die Ernährung zu erhalten und die Heilung zu beschleunigen.

In meinen Fällen, welche von Prof. Tiling operirt wurden, wurde das Gelenk immer von hinten eröffnet, wie das schon früher beschrieben worden ist[6]). Dabei kann man das Gelenk vollkommen übersehen und sich in den vorliegenden complicirten Verhältnissen orientiren.

Genau diesen Operationsmodus durchzuführen, gelang nicht immer. Und zwar gelang es nicht immer, die Ansatzstellen der Bänder vom Humerus abzumeisseln, um nach der Toilette des Gelenkes die abgemeisselten Knochenlamellen wieder anzunageln. Dies lag zum Theil an der totalen Zerreissung des Bandapparates, zum Theil an der Unmöglichkeit sich zu orientiren wegen narbiger Neubildungen. Die weiter unten angeführten Krankengeschichten werden es klarer machen. Fast in allen vier Fällen gelang die Reposition leicht nach Entfernung der abgebrochenen Knochenstücke und nach Befreiung der Gelenkenden von den Narbenmassen.

Aber die luxirten Knochen in normaler Stellung zu erhalten gelang in 2 Fällen nur dank einer temporären Naht. In einem Falle musste man sogar die Arthrotomie wiederholen, da nach der ersten Operation es wieder zur Luxation kam, und nur nach Anlegung einer Naht wurde die gewünschte feste Stellung der Gelenkenden erreicht. Auf die zuweilen vorkommende Schwierigkeit, nach der Arthrotomie die Gelenkenden in richtiger Lage zu erhalten, hat schon Bardenheuer hingewiesen[7]). Die Ursache davon ist nicht nur die unregelmässige Lage der Gelenkknochen in Folge des begleitenden Bruches, sondern auch die starke elastische Zusammenziehung der das Gelenk umgebenden Muskeln, Sehnen, Bänder u. s. w.; dies letztere hat natürlich eine desto grössere Bedeutung, je älter die Luxation ist; nicht selten ist man gezwungen, zur beabsichtigten Arthrotomie noch die Resection eines Gelenkendes hinzuzufügen, wenn durch die alleinige Durchschneidung der Weichtheile die Reposition nicht gelingen will. Bardenheuer hat schon zwei Mal zum Festhalten der Knochen in normaler Stellung die Naht angewandt und war beide Mal mit dem erreichten Erfolg sehr zufrieden. Die Entfernung der Naht gelingt leicht bei vorsichtiger Einführung einer Scheere in den Canal der ausgestochenen Naht. Hauptsächlich hatten wir nach der Operation gegen die Muskelatrophie zu kämpfen. Die Unthätigkeit der Muskeln nach dem Trauma und die Unthätigkeit nach der Operation summiren sich zuweilen so, dass sie die Geduld des Kranken und des Arztes erschöpfen. In dem dritten unten angeführten Falle gelang es, dank dem beharrlichen Willen der Kranken selbst, die besten Resultate zu erzielen; aber auch in den übrigen Fällen war die Bewegungsexcursion mehr oder weniger genügend statt der fast vollständigen Unbeweglichkeit vor der Operation. Leider gelang es mir nicht, die Kranken in der allerletzten Zeit zu untersuchen. Die von mir beobachteten Fälle waren folgende:

I. A. E. M., Bäuerin, 14 Jahre alt, trat in die Klinik am 6. November 1887 ein. Im April 87 ist die Pat. auf die ausgestreckte rechte Hand gefallen, dabei kam der Vorderarm unter den Körper zu liegen und als die Pat. aufstand, hing der Vorderarm ganz schlaff herab. Die Repositionsversuche waren selbst unter Chloroformnarkose erfolglos

St. pr.: Die Gelenkenden der Vorderarmknochen sind im Ellbogen nach aussen verschoben, so dass der innere Condylus des Humerus stärker als gewöhnlich hervortritt und verdickt erscheint; nach aussen vom Condylus fühlt man an der hinteren Humerusfläche eine Grube. Das Verhältniss zwischen dem Radiusköpfchen und der Ulna ist nicht gestört. Die Tricepssehne bietet eine merkliche Grube. Weder Ober- noch Vorderarm sind merklich verkürzt. Die Beweglichkeit ist beschränkt, so dass Beugung nur bis zum rechten Winkel, Streckung bis 155° möglich ist. Passiv sind auch laterale Bewegungen nach aussen bis 15°—20° möglich. Bei Bewegungen hört man weiche Crepitation, bei starker Streckung fühlt man an der Beugeseite des Ellbogens harte Knochentheile. Die Rotationsbewegungen sind erhalten. 7. Nov. Zum Zweck der Einrichtung wird das Gelenk nach Tiling eröffnet, wobei die Basis des Lappens wegen Dislocation des Olekranon nach aussen beträchtlich enger ausfiel. Nach Eröffnung des Gelenkes erwies es sich, dass das gegenseitige Verhältniss der Gelenkenden folgendermaassen verändert war: die Gelenkenden der Vorderarmknochen sind nach hinten dislocirt und zwar so, dass der Rand des Radiusköpfchens am hinteren Knorpelrande der Eminentia capitata steht, der vordere Rand des Processus coronoideus an die hintere Trochleafläche anstösst und die Trochlea von der halbmondförmigen Grube des oberen Endes der Ulna nicht umfasst wird. Das Gelenkende des Humerus ist ebenfalls verändert, am besten erhalten ist die Eminentia capitata, während die beiden Gruben oberhalb der Trochlea nicht existiren, statt ihrer aber Knochenvorsprünge bemerkbar sind. Oberhalb der Eminentia, dem Radiusköpfchen entsprechend, findet sich eine neue Gelenkgrube, in welcher die Bewegung des Köpfchens stattfindet. Die Knorpelflächen des Radiusköpfchens, der Eminentia capitata und des erhaltenen Theiles der Trochlea sind mit Bindegewebswucherungen bedeckt, welche in noch höherem Grade in der Incisura semilunaris bemerkbar sind. Da eine einfache Einrichtung nicht gelang, so wurden die Humerus-

[5]) l. c., auch Wiener medicinische Wochenschrift 1885, Nr. 23.

[6]) «Хирургическій Вѣстникъ» (Der chirurgische Bote) 1887. Tiling. Neue Modificationen der Resectionstechnik.

[7]) Bardenheuer. Die Verletzungen der oberen Extremität. Deutsche Chirurgie Lief. 69. B. S. 33.

condylen mit den Ansätzen der erhalten gebliebenen Seitenbänder abgemeisselt, darauf wurde das richtige Verhältniss der Gelenkenden hergestellt. Aber auch jetzt wollte es nicht gelingen die Knochen in der einmal gegebenen Stellung zu erhalten, es störte nämlich die stark veränderte Form des unteren Humerusendes; es wurde daher der am meisten veränderte und entstellte Theil des Humerus abgesägt und hinten mit dem Meissel eine kleine Grube ausgemeisselt der Fossa supratrochlearis posterior entsprechend. Die Bindegewebswucherungen an den Knorpeln wurden mit dem Messer entfernt. Die Knochen wurden in die normale Stellung gebracht, die abgemeisselten Theile der Condylen an ihrem früheren Orte durch Naht befestigt und die Wunde genäht. Die Extremität wurde unter einem Winkel von 130°—140° gebeugt, um eine starke Spannung des Lappens zu vermeiden, welcher in seiner Basis sehr schmal war. Der Verlauf nach der Operation war gut und am 13. Tage stand die Pat. auf; es wurde der erste Verbandwechsel gemacht und die Beugung im Ellbogen bis zum rechten Winkel vergrössert. Sehr unbedeutende Mortification der Hautränder in geringer Ausdehnung, sonst vollkommene prima intentio. Die Nachbehandlung gab die Möglichkeit die Bewegungsexcursion zu vergrössern, und als die Kranke am 27. Februar 1888 ausgeschrieben wurde, hatte sie ein gutes bewegliches Gelenk; die Configuration desselben war zwar etwas verändert, aber die Kranke konnte den Vorderarm bis zu einem Winkel von 38° beugen und bis zu 138° strecken. Am Schluss der Streckung fühlte Pat. ein geringes Krachen, aber die Bewegungen selbst waren vollständig schmerzlos. Die kaum merkliche seitliche Beweglichkeit war so beschränkt, dass sie die Pat. im Gebrauch des Armes nicht hinderte; die Kraft des Armes war merklich gewachsen.

II. M. J. R. Bäuerin, 16 Jahre alt, trat am 2. Mai 1890 in die Klinik ein. Die Kranke giebt an, dass sie im December 1889 auf die linke Seite gefallen sei. Gleich darauf bemerkte sie im linken Ellbogengelenk eine starke Schwellung, Schmerzen und Unbeweglichkeit. Die wiederholten Repositionsversuche einer alten Dorffrau, welche die Luxation erkannt hatte, blieben erfolglos. Die Schwellung und Schmerzen dauerten 6 Wochen, worauf beides abzunehmen begann und allmälig eine gewisse Beweglichkeit wiederkehrte; die letztere war aber sehr beschränkt und Pat. merkte, dass dieselbe noch stetig abnahm. Ich führe nur Folgendes aus dem Krankenbogen an: der linke Ellbogen ist unter einem Winkel von 135° gebeugt und etwas abducirt. Die Contouren des Gelenkes sind stark verändert. Die Gruben zur Seite des Olekranon sind verstrichen. Der innere Condylus des Humerus tritt stark hervor. Der äussere Condylus ist beträchtlich verdickt, nach hinten von ihm ist nur undeutlich das Radiusköpfchen durchzufühlen. Das Olekranon steht etwas oberhalb der Condylenlinie. Die Extremität ist um 4 Ctm. verkürzt, der Umfang des Ellbogens ist links um 3 Ctm. breiter als rechts. Pronation und Supination geschehen ziemlich leicht, aber Streckung und Beugung sind kaum auszuführen und dabei sind selbst diese minimalen Bewegungen (bis 15°—20°) sehr schmerzhaft. Am 5. Mai wurden in Chloroformnarkose die Bewegungen nicht ausgiebiger und Prof. Tiling eröffnete das Gelenk durch einen bogenförmigen Schnitt, da er auf die Möglichkeit der Einrichtung nicht rechnen konnte; das Abpräpariren des Lappens wurde durch die starken Verwachsungen des Ulnarnerven mit den umgebenden Theilen verzögert; in den letzteren, so wie auch im Nerven, sind Reste von Blutergüssen. Als der Lappen genügend abpräparirt war und der Arm im Ellbogen gebeugt wurde, um das Gelenk zu eröffnen, hörte man ein leises Krachen. Es existirte keine eigentliche Gelenkhöhle, da sie vollständig von einer Narbenmasse ausgefüllt war; es war nicht leicht sich in den complicirten Verhältnissen des vorliegenden Falles zu orientiren und gelang es erst allmälig. Nachdem die Narbenmassen, welche das Gelenk ausfüllten, durchschnitten waren und es gelungen war, den Arm so stark zu beugen, dass die Gelenkenden deutlich zu sehen waren, erwies es sich, dass die ganze halbmondförmige Grube von Bindegewebe durchwachsen war und dass sich in ihr ein dreieckiges 3,5 Ctm. langes und 1,25 Ctm. breites Knochenstück befand. Dieses Knochenstück, welches von Narbenmassen dicht umwachsen war, war andererseits mit der hinteren Fläche des äussersten Theiles der Trochlea verwachsen; an dieser Stelle war noch jetzt ein geringer Knorpeldefect zu constatiren. Nachdem sämmtliche Narbenmassen entfernt waren, trat die halbmondförmige Grube des Ulnarfortsatzes deutlich hervor, der in vollem Zusammenhang mit dem Radiusköpfchen in toto nach aussen und zum Theil nach oben dislocirt war, so dass der Processus coronoideus hinten fast bis zwischen die Eminentia capitata und Trochlea reichte und das Radiusköpfchen sich noch mehr nach aussen befand und vor der Operation nur darum nicht durchzufühlen war, weil es von einem Theil des äusseren Condylus verdeckt war; dieser Theil des Condylus erwies sich jetzt als beweglich. Die Distanz zwischen den Humeruscondylen war vergrössert und die ganze Partie des Humerus zwischen Fossa supratrochlearis und Condylus externus beträchtlich verdickt; die Fossa supratrochlearis posterior war durch gewucherte Knochenmasse stark verkleinert. Ein Theil des äusseren Condylus war beweglich und es war natürlich anzunehmen, dass man es hier mit einer Fractur des äusseren Gelenkendes des Humerus und des äusseren Condylus zu thun hätte. Der abgebrochene Theil des Condylus externus wurde entfernt und ein Theil der Knochennarbe, welche die hintere Grube ausfüllte, mit einem Hohlmeissel abgetragen, damit das Olekranon in dieser Grube einen genügenden Platz finden könnte. Nachdem die hintere Grube auf diese Weise praeparirt und ein Theil des äusseren Bandes entfernt worden war, gelang es ziemlich leicht, die Gelenkenden zu reponiren; aber jedes Mal, so wie der Arm im Ellbogen gebeugt wurde, entstand die Luxation von Neuem, zum Theil daher, weil die Eminentia capitata stark verändert und entstellt war und sich dem Radiusköpfchen nicht gut adaptirte; dieses letztere rutschte immer ab und stemmte sich mit seinem vorderen Rande an die hintere Fläche der Eminentia an. Prof. Tiling machte die Grube für das Olekranon noch tiefer und vernähte die Wunde bei gebeugter Stellung des Armes. Die Knorpelflächen waren trotz der Durchwachsung mit Bindegewebe ziemlich fest geblieben. Die Kranke erholte sich sehr bald von der Operation, fühlte sich wohl und der Verlauf nach der Operation war vollkommen fieberfrei. Heilung per primam, aber die Bewegungen sehr beschränkt. Zwei Wochen nach der Operation ging man zu passiven Bewegungen und nachher zur Massage über; aber wegen der Schmerzen musste es mit grosser Vorsicht geschehen. Leider wurde die Klinik geschlossen und die Pat. musste ausgeschrieben werden. Die Stellung des Ellbogens ist normal, die Hand in voller Supination, die Pronation ist activ und passiv etwas beschränkt. Seitliche Bewegungen sind nicht vorhanden, aber Streckung und Beugung sind vorläufig noch ziemlich beschränkt und gehen nicht über 50°—60°. Mässige Atrophie der Ober- und Vorderarmmuskeln der kranken Seite.

III. E. B., Bürgermädchen, 19 Jahre alt, aufgenommen am 4. September 1890. Aus der Anamnese ist ersichtlich, dass die Kranke am 24. Juli 1890 von einer 3 Faden hohen Leiter herabfiel. In bewusstlosem Zustande wurde sie in ein Spital gebracht; dort wurde eine beträchtliche Schwellung des unteren Endes des Oberarms, des Ellbogens und des Vorderarms constatirt; ausserdem

starke Schmerzen; der Vorderarm ist unter einem stumpfen Winkel gebeugt und unbeweglich. 2 wöchentliche Eisapplication und darauf Massage verringerten die Schwellung, haben aber die Beweglichkeit nicht hergestellt. Später vorgenommene Repositionsversuche blieben ohne Erfolg. Bei der Aufnahme der Kranken wurde folgendes constatirt: ein gut gebautes Mädchen mit gut entwickeltem Panniculus adiposus. Die Contouren des linken Ellbogengelenkes verstrichen, die Furchen zu beiden Seiten des Olekranon sind verschwunden. Der Vorderarm im Verhältniss zum Oberarm etwas abducirt und unter einem Winkel von 120° gebeugt. Das Olekranon steht 1½ Fingerbreiten oberhalb des Condylus internus, die Entfernung zwischen diesen beiden beträgt links 6 Ctm., rechts nur 4½ Ctm. Der Condylus internus ist stark verdickt und seine Contouren merklich verstrichen. Der Umfang des linken Gelenkes beträgt 28,5 Ctm., rechts nur 25 Ctm. Die Muskeln des Ober- und Vorderarms sind atrophisch (die Mitte des Oberarms rechts 27,5, links 25 Ctm.; die Mitte des Vorderarms rechts 25 Ctm., links 22,5 Ctm.). Der obere Theil des Radiusköpfchens ist nach aussen vom Olekranon fühlbar, bei Pronation beweglich, die Gelenkfläche des Capitulum radii ist nicht durchzufühlen. Die activen Bewegungen der Beugung und Streckung sind minimal (nicht über 10°), die passiven fast von derselben Excursion, sehr schmerzhaft. Die Pronation geht nur bis zum Erheben der radialen Seite der Handwurzel nach oben, Supination normal. Bei Rotationsbewegungen ist ein Krachen hörbar. Nach aussen von der Tricepssehne fühlt man einen harten Knochenvorsprung.

11. Sept. Prof. Tiling eröffnete mit seinem Schnitt das linke Ellbogengelenk; dabei erwies es sich, dass beide Vorderarmknochen nach aussen dislocirt waren, so dass die Trochlea von dem Ausschnitt des Ulnarfortsatzes nicht umfasst wurde und das Capitulum radii nach aussen von der Eminentia capitata seine Lage hatte. Der Knorpelüberzug ist erhalten. Das Capitulum radii bietet an seiner vorderen Fläche einen Defect, welcher etwas geringer ist, als die Hälfte seiner Gelenkfläche. In der Gegend des Condylus externus finden sich Narbenmassen, im Centrum der letzteren ein Knochenabbruch, etwas kleiner als das fehlende Stück des Capitulum radii; in der halbmondförmigen Grube des Olekranon wurde ebenfalls ein kleiner Knochenabbruch gefunden, welcher durch Narbenmassen mit der Gelenkgrube verlöthet war. Die Reposition gelang erst nach Durchschneidung der Seitenbänder, aber die Luxation kehrte sehr leicht bei Bewegungen im Gelenk zurück. Naht. Die Kranke vertrug die Operation gut und klagte nur am Abend über Schmerzen. Zwei Mal abendliche Temperatursteigerung bis auf 38,0 am zweiten und dritten Tage, dann fieberfreier Verlauf. 19. Sept. Verbandwechsel, Alles ist verheilt, die Nähte werden entfernt. Vom 21. an nimmt man leichte passive Bewegungen vor, welche aber wegen Schmerzhaftigkeit sehr beschränkt sind. Am 21. Sept. wurde beim Verbandwechsel bemerkt, dass die Bewegungen sehr beschränkt waren und dass die Stellung des Vorderarmes anomal war; letzterer befand sich nämlich in derjenigen Subluxationsstellung nach aussen, welche die Extremität so leicht nach der Operation bei Beugung des Armes annahm, nur mit dem Unterschiede, dass es jetzt nicht mehr gelang, den Vorderarm zu reponiren. Die Versuche, die Bewegungen zu forciren und die Stellung zu corrigiren, waren ebenfalls erfolglos, man entschloss sich daher, die Reposition unter Narkose zu versuchen und im Falle des Misserfolges wieder zur operativen Einrichtung und zum Zusammennähen der Knochen zum Zweck einer besseren Fixation überzugehen. Dies geschah auch am 6. October. Der Repositionsversuch blieb ohne Erfolg und Prof. Tiling eröffnete zum zweiten Mal das Gelenk, wobei sich erwies, dass der Vorderarm in der früheren Stellung der Luxation nach aussen sich befand. Die Gelenkenden sind durch Narbengewebe ziemlich fest verlöthet; die ganze halbmondförmige Grube ist mit Granulationen ausgefüllt; nach Entfernung der letzteren wird die Stellung der Extremität corrigirt und, um die Möglichkeit einer neuen Luxation zu vermeiden, das Capitulum radii mit der Eminentia capitata mit Seide vernäht. Die Enden der Nähte werden nach aussen herausgeleitet und die Wunde dicht vernäht. Fieberfreier Verlauf und vollkommene Verheilung der Wunde nach 14 Tagen (erster Verbandwechsel). Die Knochennaht wird mittelst einer Scheere entfernt, welche in den Canal der Ligatur bis zum Knochen eingeführt wird. Am 23. Oct. beginnt man passive Bewegungen auszuüben und geht dann zur Massage und Elektricität über. Die Stellung der Extremität ist normal; Schmerzen sind nur bei forcirten Bewegungen vorhanden. Die Kranke wurde am 5. December ausgeschrieben mit folgendem Zustande der Extremität: Normale Stellung des Gliedes. Die Contouren des Condylus internus sind etwas verstrichen, die Furche des Nervus ulnaris deutlich ausgespochen, der äussere Condylus etwas abgeflacht und die Furche zwischen diesem und dem Olekranon verstrichen. Das Radiusköpfchen ist ziemlich deutlich zu fühlen und bewegt sich beim Supiniren und Proniren. Der Umfang des Ellbogens ist links um 2 Ctm. grösser, als rechts. Atrophie der Ober- und Vorderarmmuskeln der linken Seite (der Umfang des Oberarms rechts 25, links 22 Ctm.; der Umfang des Vorderarms rechts 22, links 20 Ctm.). Der Kranken wurde empfohlen zur ambulatorischen Behandlung zu kommen. Als ich sie am 15. Januar 1891 sah, constatirte ich folgendes: die Kranke beugt den Vorderarm bis zu 50° und streckt ihn bis zu 145°, die Supination ist normal, die Pronation geht etwas über die Mittelstellung; Pat. klagt nur, dass der linke Arm bei der Arbeit ermüde.

III. P. M., 12 Jahre alt, aufgenommen am 10. October 1890. Am Abend des 14. August ist die Kranke gefallen und hat sich dabei das rechte Ellbogengelenk verletzt; sie ging in ein Spital, dort wurde ein Gypsverband angelegt, welcher erst am 12. September entfernt wurde; dabei erwies sich der Arm im Ellbogen gebeugt; Bewegungen nur in minimalem Maasse, nicht über 20°, möglich. Bei der Aufnahme in die Klinik wurde folgendes constatirt: Die Kranke ist von mittlerem Körperbau, anämisch, Knochen- und Muskelsystem normal entwickelt. Die inneren Organe bieten keine merklichen Veränderungen. Die rechte obere Extremität ist im Ellbogen unter einem Winkel von 125° gebeugt und der Vorderarm etwas abducirt. Die Contouren des linken Ellbogengelenkes sind verändert; das Radiusköpfchen tritt hinten scharf hervor, so dass die Gelenkfläche leicht mit dem Finger zu betasten ist; hinten an den Hautdecken an der dem Radiusköpfchen entsprechenden Stelle ist eine merkliche Vertiefung zu sehen. Der Condylus externus ist nicht ganz deutlich durchzufühlen, der innere dagegen tritt scharf hervor. An der medialen Seite der Beugefläche des Ellbogens ist deutlich die Trochlea zu fühlen. Der Umfang des Ellbogengelenkes ist rechts um 1,5 Ctm. grösser, als links; die Entfernung zwischen Condylus externus und Olekranon ist rechts geringer, als links und dementsprechend ist die Distanz zwischen Condylus internus und Olekranon vergrössert, die Bewegungen im Ellbogen gehen nicht über 20° (die grösste Beugung bis 110°, die grösste Streckung bis 130°).

Am 13. October machte Prof. Tiling eine Arthrotomie mittelst seines Schnittes. Der obere Theil der Fossa sigmoidea ist mit Narbenmasse ausgefüllt. Die Entfernung dieser Masse, oben, besonders unterhalb der Tricepssehne, recht schwierig, wurde immer leichter je mehr man sich dem unteren Theil der Grube näherte. Nach Entfernung der Narbenmassen tritt die glänzende Knor-

peloberfläche deutlich zu Tage. Auf dieselbe Weise gelang es die Gelenkfläche des Radius zu entblössen. Die beiden Vorderarmknochen boten keine Veränderungen dar, das innere Band war abgerissen. Das Gelenkende des Humerus war von Narbenmassen verdeckt. In den Narbenmassen, welche die Rolle bedeckten, fand sich ein kleiner Knochenabbruch; dieser entsprach wahrscheinlich einer an der Eminentia capitata constatirten kleinen Usur, da weder die Trochlea, noch die Fossae supratrochleares Veränderungen darboten. Die Eminentia capitata bot ausser einer kleinen, dem gefundenen Knochenabbruch entsprechenden Usur, keine weiteren Veränderungen dar. Ueber der Fossa supratrochlearis posterior geringe Knochenunebenheiten, wahrscheinlich in Folge einer Fractur entstanden, da die ganze Epiphyse im Verhältniss zum Humerus etwas um ihre Axe gedreht erschien. Das gegenseitige Verhältniss der Knochentheile war derartig, dass der Processus coronoideus der Ulna ein wenig nach aussen und hinten dislocirt war, da er sich mit seinem vorderen Theil an die Trochlea anstemmend nicht der Incisur der Rolle, sondern mehr dem äusseren Rande der letzteren gegenüber stand. In Folge der Spannung des äusseren Bandes wollte die Reposition nicht gelingen, es wurde daher der Ansatz des Bandes am Humerus mit dem Meissel abgetragen, worauf die Einrichtung leicht vollbracht wurde. Die richtige Stellung der Gelenkenden erhielt sich aber nur in der Beugestellung und es entstand sofort die frühere Luxation, so wie das Gelenk gestreckt wurde. Prof. Tiling vernähte daher auch hier das Capitulum radii mit dem anliegenden Theil der Eminentia capitata und wurde auf diese Weise einer nachträglichen Dislocation vorgebeugt. Die Enden der Seidennähte, mit welchen die Knochenenden zusammengenäht waren, blieben in der Wunde liegen; die Wunde selbst wurde dicht vernäht.

Nur gegen Abend geringe Schmerzen im Arm. Am anderen Tage erholte sich die Kranke und fühlte sich wohl. Fieberfreier Verlauf. Am 14. Oct. werden sämmtliche Nähte entfernt und mit einer bis zur Stelle des Knotens eingeführten Scheere die Knochennaht durchschnitten. Heilung per primam. Bewegungen werden ausgeführt, sind aber beschränkt. Nach 2 Tagen passive Bewegungen und nachher Massage. Später wandte ich den faradischen Strom an. Die Kranke fühlte sich die ganze Zeit sehr wohl; sie musste leider vor Beendigung der Behandlung die Klinik verlassen. Am 3. Dec. constatirte ich folgendes: Der rechte Ellbogen befindet sich in Beugestellung unter einem Winkel von 100°; active Bewegungen werden ausgeführt: Beugung bis 50°, Streckung bis 110°; passive Beugung bis 40°, passive Streckung bis 130°. Pronations- und Supinationsbewegungen fast normal. Das gegenseitige Verhältniss der Knochentheile ist normal und nur die Ober- und Vorderarmmuskeln etwas atrophisch (der Umfang des Obers arms ist rechts um 2 Ctm., der Umfang des Vorderarmum 1 Ctm. kleiner, als links). Die Zunahme der Kraft, so wie auch der Bewegungsexcursion ging immer vorwärts, so dass die Amplitude der Excursion von 20° (vor der Operation) bis auf 60° activer und 90° passiver Beweglichkeit stieg. Seitliche Bewegungen sind nicht vorhanden.

Referate.

Manfred Fritz: Ueber Thermopalpation und ihre praktische Verwerthbarkeit. (Deut. med. Wochenschr. Nr. 3).

Benczúr und Jónás fanden durch Messungen mit thermoelektrischen Nadeln, dass die Temperatur der Hautdecke des menschlichen Rumpfes abhängig ist von den darunter liegenden Organen, und zwar ist die Hautdecke über allen lufthaltigen Organen höher temperirt, wie über luftleeren Organen. So ist die Haut über der Lunge wärmer, wie die über dem Herzen und der Leber gelegene; ebenso ist die über dem lufthaltigen Darm liegende Haut wärmer, wie über der Milz und der Leber Die verschieden warmen Bezirke sind durch scharfe deutliche Grenzen von einander getrennt; die thermischen Grenzen sind den percutorischen ähnlich. Die thermische Grenze des Herzens entspricht der relativen percutorischen Dämpfung. Auch bei pathologischen Grössenveränderungen der Organe treten entsprechende Verschiebungen der thermischen Grenzen ein. Nur bei pleuritischen Exsudaten sind die Grenzen nicht scharf bestimmbar, da ein allmäliges Uebergehen vom Wärmeren ins Kühlere statt findet.

Da die nachweisbaren thermischen Unterschiede 0,5° C. und mehr betrugen, Temperaturunterschiede von 0,2° C. aber schon mit den Fingerspitzen sicher gefühlt werden. ist eine Thermopalpation ausführbar. Verf. machte sich auf Grund obiger Thatsachen an die Thermopalpation. Die Fingerspitzen resp. dorsalen Flächen der ersten und zweiten Phalangen werden mit leichtem Druck streichend über die Haut geführt (für den Anfang müssen wegen der Controlle beide Hände benutzt werden), indem man von den vermuthlich wärmeren Theilen zu den kühleren (gedämpften) streicht, weil das Kältegefühl momentan erscheint, während das Wärmegefühl langsam anschwillt (Landois). Der Höhestand der Lungenspitzen kann leicht bestimmt werden. während es bei infiltrirten Spitzen schwierig ist die obere Grenze anzugeben, doch ist schon das Fehlen der scharfen Grenze für den Geübten charakteristisch. Das Resultat der thermopalpatorischen Bedeutung des Höhestandes der Lungenspitzen stimmt mit den percutorischen Grenzen überein. Dasselbe gilt von der hinteren unteren Lungengrenze. Vorn ist die untere Grenze der rechten Lunge thermopalpatorisch 2—3 Fingerbreit höher, wie die percutorische, und entspricht der relativen Leberdämpfung, von dort zieht sie leicht nach aussen abwärts, um schon zwischen den Axillarlinien mit der percutorischen Grenze zusammenzufallen. Die Herzgrenzen sind: unterer Rand der III. R., von dort im Bogen nach links unten zur Mamilla, rechts der linke Sternalrand. Die untere Grenze des Herzens hebt sich direct fühlbar vom wärmeren Magen ab. Die untere Grenze der Leber erscheint gegenüber der percutorischen um etwas nach unten gerückt. Milz- und Nierengrenzen entsprechen den percutorischen. Untersuchungen in 12 Fällen von Phthisis, 5 Fällen von Pleuritis und 3 Fällen von Pneumonie liessen im Wesentlichen thermopalpatorisch die Veränderungen richtig diagnosticiren, wenngleich die Methode der Percussion im Allgemeinen bei leichteren Schallveränderungen nachstand.

Verf. glaubt nicht, dass die Thermopalpation die altbewährte Percussion verdrängen werde, immerhin ist sie eine der Beachtung werthe Untersuchungsmethode. Die Krankenbeobachtungen und der Erklärungsversuch des Verfassers für die Erscheinung der thermischen Unterschiede mögen im Original eingesehen werden. W. Beckmann.

K. Fiedler: Ueber die Behandlung der Cholera nostras (Erwachsener) mit Zufuhr grosser Mengen Wassers. (Therap. Monatsh. 1891. December).

Auf der Naturforscherversammlung des Jahres 1890 hat bekanntlich Meinert (Dresden) in einem längeren Vortrage über Cholera infantum aestiva die Verabfolgung grosser Wassermengen per os empfohlen. Sein damaliger Assistent hat nun diese Methode in Fällen von Cholera nostras bei Erwachsenen angewandt und ausserordentlich gute Resultate erzielt. Er liess den Kranken in unbeschränkter Menge kaltes Wasser mittelst Trinkrohres schlürfen und fand, dass die profusen Darmentleerungen in kürzester Zeit schwanden, ebenso das Erbrechen. Patienten, die noch vor einigen Stunden das bekannte Bild des Choleracollapses dargeboten hatten, waren nach Anwendung der Meinert'schen Methode bald vollständig beruhigt; selbst in den schwersten Fällen überschritt die Heilungsdauer nicht einige Tage. Dass sogar grosse Wassermengen gut vertragen werden können, beweist ein Fall, wo eine 54 Jahre alte Frau im Verlaufe von 8 Stunden 8 Liter Wasser zu sich genommen hat, dabei verschwand das choleriforme Aussehen sehr rasch. Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Adolf Lesser: Atlas der gerichtlichen Medicin, II. Abtheilung, Lieferung 5. Breslau 1891. Verlag von Schottländer.

Die erste Tafel der vorliegenden 5. Lieferung ist noch der Darstellung der «bedeutungsvollsten Befunde am Neugeborenen» gewidmet und zwar betreffen die Abbildungen: Kopfgeschwulst, Lungen, Nieren, Knochenkern, Pupillarmembran, Paukenhöhleninhalt und Meconium (die beiden letzteren bei 340 fachen Vergrösserung). Mit den beiden anderen Tafeln beginnt der letzte der in Aussicht gestellten Abschnitte «die wesentlichster Leichenerscheinungen». Die cadaverösen Hautveränderungen Erwachsener kommen vorzüglich zur Anschauung an dem überaus glücklich gewählten Objecte, einer Wasserleiche, die in der That fast sämmtliche Hautveränderungen darbietet, welche

durch die Fäulniss erzeugt werden. Dasselbe lässt sich auch von der Wahl des dargestellten Fötus sanguinolentus sagen, weil er neben den Characteristicis intrauteriner Maceration auch die äusseren Zeichen einer recht häufigen Ursache vorzeitigen Fruchttodes in Gestalt typischer Pemphigusblasen erkennen lässt.

Aus dem begleitenden Texte der 5. Lieferung glauben wir die tabellarischen Zusammenstellungen besonders hervorheben zu müssen, welche gegründet auf 750 Fälle aus der Praxis des Verfassers «Auskunft geben über die Häufigkeit der gerichtsärztlich wichtigen Todesursachen und einen Ueberblick gewähren über die Objecte der forensischen Leicheneröffnungen».

Mit der folgenden Lieferung soll der II. Theil dieses in der gerichtsärztlichen Literatur einzig dastehenden Tafelwerkes seinen Abschluss finden. Wladimirow.

Protokolle der Sitzungen des III. livländischen Aerztetages in Walk.

V. Sitzung. 11. September 1891 Morgens 9 Uhr.

1. O. Küstner (Dorpat) «Ueber einige Indicationen zur Laparotomie».

An der Hand seines aus 129 Dorpater Fällen bestehenden Materials beleuchtet Red. einen Theil der Indicationen zur Laparotomie. Ueber eine ganze Reihe der Anzeigen zur Operation bestehe ja heute keine Meinungsverschiedenheit mehr, was namentlich von den Neoplasmen der inneren Genitalien gelte. Die Myome betreffend fehle allenfalls noch die Einigung. Seine Stellung zu dieser Frage charakterisire am Besten die Thatsache, dass die Myomotomie unter seinen Laparotomien mit der Zahl 30 figurire.

Die Laparotomie sei keine lebensgefährliche Operation mehr bei richtiger Indicationsstellung und Technik. Trotzdem dürfe man den Eingriff nicht als ungefährlich hinstellen; die Entstehung peritonealer Adhäsionen sicher zu vermeiden, sei man noch nicht im Stande. Die Frage, wodurch die Adhäsionen entständen, bleibe noch offen. Die letzten Versuche, dieselbe zu lösen, seien von Red's. Klinik ausgegangen. Im Gegensatz zu Dombrowsky habe Red. bei wiederholten Laparotomien erfahren, dass weder Brandschorfe noch auch Ligaturfäden in jedem Falle Adhäsionen bedingten.

Kelterborn und Thomson seien auf experimentellem Wege zu demselben Resultat gekommen. Ersterer stelle als einzige Entstehungsursache die Sepsis hin, während Letzterer nachgewiesen, dass auch bei absoluter Asepsis Adhäsionen entstehen könnten. Lange nach der Operation brächten solche Adhäsionen noch Gefahr durch Incarceration (ein von Red. durch die Operation geheilter Fall von Achsendrehung) oder Blutung (Dr. Holowko: tödtliche Blutung aus der Adhäsion bei einer Entbindung).

Derartige Unglücksfälle seien indessen selten und deshalb die Laparotomien trotzdem wegen nicht lebenbedrohlicher Leiden erlaubt, ja selbst zur Vervollständigung der Diagnose. Diese sog. Probeincision, der letzte Schritt auf dem Gebiete der Diagnose, zugleich der erste auf dem der Therapie, mache Red. recht ausgiebig, bis zur Einführbarkeit der ganzen Hand. Der Bardenheuer'sche Explorationsschnitt, blos auf's Peritoneum dringend, habe für einen geübten Explorator keine Bedeutung.

Von den 132 Fällen sei die Laparotomie 4 Mal wegen Peritonealtuberculose gemacht worden (alle Fälle bakteriologisch sichergestellt). Makroskopisch der Tuberculose täuschend ähnliche Fälle chronischer Peritonitis kämen vor, wie ein von Bruttan 1890 in der Dorpater Klinik operirter Fall beweise. Das Koch'sche Mittel werde die klinische Diagnose sicherzustellen geeignet sein. Red. spricht sich wenig günstig über die Heilwirkung der Laparotomie bei Tuberculose aus und meint, es könnte sich in vielen der geheilten Fälle um Pseudotuberculose gehandelt haben.

Unter den das Leben nicht bedrohenden Affectionen, die als Indication zur Laparotomie gelten, ständen an erster Stelle die entzündeten Tuben u. Ovarien und die Lageveränderungen des Uterus. Die Exstirpation der erkrankten Adnexe, von einigen Operateuren enorm häufig ausgeführt, figurirten in der Statistik Red. nur mit 6 Fällen. Gonorrhoe-Salpingitiden heilten oft ohne Operation, welch letztere doch den status quo ante nicht wieder herstelle. Septische Salpingitiden, meist früher als parametritisches Exsudat angesprochen, erforderten weniger die Laparotomie als die Incision von den Bauchdecken oder der Vagina aus. Die chronische Salpingo-Oophoritis mit starker Betheiligung des Peritoneums kehre weder spontan noch durch Therapie zur Norm zurück; die grossen Beschwerden der Kranken drängten oft zum operativen Vorgehen. Dieser Indication gehörten 3 Fälle an, ohne Todesfall aber auch ohne befriedigendes Resultat.

Wegen Lageveränderung des Uterus mache Red. die Laparotomie bei fixirten Retroflexionen und bei mobilem Uterus. Bei fixirter Retroflexio sei das Wesentliche die operative Trennung der fixirenden Adhärenzen. Das beweglich gemachte Organ werde dann entweder an die vordere Bauchwand genäht oder, bei jüngeren Frauen, eventuell mit Pessaren behandelt. Red. trennt die Stränge mit dem Paquelin, um dem Wiederentstehen derselben sowie einer Nachblutung oder sonstigen Complicationen vorzubeugen.

Die Ventrofixation des beweglichen Uterus habe Red. nur dann ausgeführt, wenn die Lagecorrectur auf die sonst übliche Weise nicht erzielt wurde. Es handele sich hier nur um seltene Fälle, in diesen aber verdiene die Ventrofixation den Vorzug vor jedem andern Verfahren (Schücking; Freund-Frommel-Stratz). Bei sogenanntem Totalprolaps des Uterus ventrofixirt Red. das Organ und macht in derselben Sitzung eine ausgedehnte hintere Colporrhaphie. Portioamputation und Ausschabung sei dabei überflüssig; am reponirten Organ bildeten sich Portio und Schleimhaut in wenig Wochen zurück. Bei einer Operirten sei der Prolaps nach Jahresfrist recidivirt, sonst habe Redner günstige Nachrichten über Dauererfolge erhalten.

Discussion.

Herr Meyer (Dorpat) giebt der Thure-Brandt'schen Methode, als dem Normalverfahren, den Vorzug vor der Ventrofixation. Die Ventrofixation bei fixirter Retroflexio setze an Stelle des alten einen neuen pathologischen Zustand mit viel subjectiven Beschwerden und grossen Gefahren im Falle eintretender Gravidität. Gegen die Ventrofixation bei Prolaps seien dieselben Gründe anzuführen, wozu noch die Möglichkeit des Recidives unter Elongation der Pars supravaginalis cervicis käme.

Herr Küstner kennt Th. Brandt und meint dessen Leistungsfähigkeit beurtheilen zu können. Dieselbe sei allerdings staunenswerth, habe aber auch ihre Grenzen (was Red. an Beispielen erläutert).

Dass er mit der Ventrofixation einen pathologischen Zustand setze, dessen sei sich Red. klar bewusst. Bei jugendlichen Frauen ventrofixire er nicht, nur bei solchen, die wenigstens im 4 Lebensdecennium ständen. Uebrigens häuften sich in letzter Zeit die Publicationen, welche die Möglichkeit des Austragens nach Ventrofixation bewiesen.

Herr Koppe (Pernau) Nach den Erfahrungen, die Red. in den letzten Jahren mit gynäkologischer Massage gemacht, glaube er behaupten zu dürfen, dass Stränge und Adhäsionen der Massage nur selten wiederständen, besonders wenn man die Kur durch warme Bäder und heisse Scheidenspülungen unterstütze. Mindestens könne man die Adhäsionen so weit dehnen, dass die Zerrung des Uterus fortfalle und nöthigenfalls ein Pessar vertragen werde. Bei mehr flächenhafter Verklebung, etwa mit dem Kreuzbein, möge die Massage machtlos sein; doch dürfte hier das Glüheisen ebensowenig ausreichen, sondern im Gegentheil eine vielleicht noch schlimmere Narbe setzen.

Herr Kusmannoff (Jewe) richtet an Herrn Meyer die Frage, wie die letzten Resultate Thure-Brandt's beschaffen wären.

Herr Meyer hält die Angabe Th. Brandt's «über 75 pCt. Heilung bei Prolaps» für zuverlässig; die Behandlungsmethode sei 30 Jahre geübt. Die lange Dauer der Behandlung und die unermüdliche Energie, die dieselbe beim Arzte voraussetzte, seien gewiss schwere Hindernisse. Red. gebe gerne zu, dass Th. Brandt durch die Macht seiner Persönlichkeit auf suggestivem Wege einen grossen Theil seiner subjectiven Erfolge erzielen möge.

2. Herr v. Stryk (Riga). «Zur Therapie der Metrorrhagie».

Vortrgd. betont die Nothwendigkeit der Diagnose zu erfolgreicher Behandlung der Gebärmutterblutung. Die Diagnose aber lasse sich unmöglich ohne exacte Exploration stellen. Warum trotzdem so häufig die gynäkologische Untersuchung unterlassen werde, könne er sich nur aus dem Widerstande erklären, auf den der Arzt seitens der Kranken in solchen Fällen stosse. Hier müsse die Gesammtheit der Aerzte auf's Publikum erzieherisch wirken; ganz ausgeschlossen sollte die Möglichkeit sein, sich ärztlichen Rath zu holen, ohne sich vorher einer eingehenden Untersuchung unterworfen zu haben. So lange diese Forderung nicht allgemein sei, könne der Einzelne, der sie stellt, nicht in jedem Falle durchdringen. Dass, wie jede Regel, auch diese Ausnahmen zulasse, wolle Red. nicht unerwähnt lassen. Bei der Virgo intacta, bei welcher die differenzialdiagnostischen Möglichkeiten bedeutend eingeschränkt und als Ursache der Blutung auch Constitutionsanomalien anzusprechen seien, könne und müsse man der Genitalexploration oft entrathen.

Red. gedenkt einestheils der einzelnen Untersuchungsmethoden, anderentheils der möglichen Quellen und Ursachen ausserpuerperaler Metrorrhagien.

Nach sichergestellter Diagnose ergebe sich die Therapie mehr oder weniger von selbst. Blutende Läsionen seien durch die Naht (Catgut) zu schliessen, kleinere eventuell zu verschorfen. Chronisch entzündlichen Zuständen des Uterus, die zu Menorrhagien disponirten, suche man durch Regelung der

Circulation des kleinen Beckens und des Uterus speciell zu begegnen. Entlastung des Darmes, Vaginaldouche, Sitzbäder, locale Behandlung des Endometriums. Ob diese letztere mit Adstringentien, Desinficientien, der Cürette oder Elektrode geschehe — Eines hätten die Methoden gemein, und darauf schiene Red. ihre Wirksamkeit zu beruhen, dass sie auf das muskulöse Organ einen Contractionsreiz ausübten und durch solche Uterusgymnastik die Circulation günstig beeinflussten. Auch die Wirkung des Glycerintampons sei auf diese Weise zu verstehen. Acute Metritis dagegen und Endometritis erforderten Ruhe, zu erzielen durch Bettlage, Eis und Opium. Dieselben Maassnahmen hätten für drohenden Abort Geltung, während gegen das gelöste Ei activ vorzugehen sei: Scheidentamponade, Ausräumung.

Ergäben sich Neubildungen als Ursache der Blutung, dann seien sie, wenn irgend erreichbar, eventuell mit dem sie tragenden Uterus, zu entfernen. Bei inoperabelen Myomen bleibe die Zuflucht zum Ergotin oder der elektrischen Behandlung nach Apostoli.

Das Carcinom und Sarkom des Uterus indiciren die Totalexstirpation des Uterus, so lange diese noch Erfolg verspreche. Bei inoperabelen Fällen gewähre Ausräumung und Verschorfung immerhin Erleichterung. Zum Schluss weist Red. darauf hin, dass, wie bei den geschilderten, so auch bei allen andern gynäkologischen Eingriffen die erste und dringendste Anforderung an gedeihliche Therapie die Asepsis ist.

3. A. Holowko. Ueber das Einpressen des hochstehenden Kindskopfes in's Becken.

Bekanntlich hat zuerst Hofmeier[1]) das Einpressen des noch über oder im Beckeneingange stehenden Kindskopfes durch einen direct auf den Schädel von aussen einwirkenden Händedruck empfohlen, besonders für die Fälle von engem Becken, wo die Wehenthätigkeit nicht genügte, das durch die Beckenverengerung gesetzte räumliche Hinderniss zu überwinden und wo bei der langen Dauer der Geburt die gefürchtete Dehnung des unteren Uterinsegmentes eintrat. Sowohl die hohe Zange, wie auch die Wendung auf die Füsse, war hier contraindicirt und die Perforation im Interesse des lebenden Kindes verwerflich. — Hofmeier gelang es unter diesen Umständen bei engem Becken mit einer Conjugata vera von durchschnittlich 8 Cm. in 10 Fällen den Kopf durch die verengte Stelle hindurchzupressen und die Geburt entweder spontan verlaufen zu lassen oder durch eine leichte Zange zu beenden. In 9 Fällen war es möglich das kindliche Leben zu erhalten. Trotz so guter Resultate scheint doch das Hofmeier'sche Verfahren die ihm gebührende Verbreitung bei den Geburtshelfern nicht gefunden zu haben. In der neueren Zeit tritt sehr warm für die Hofmeier'sche Methode Muret[2]) ein, der seine sehr günstigen Erfahrungen mit dem genannten Verfahren veröffentlichte und die Indicationen zur Vornahme desselben auf Asphyxie des Kindes und lange Dauer der Geburt ausdehnte.

In der Dorpater Frauenklinik wurde die Hofmeier'sche Expressionsmethode in 9 Fällen angewandt: in 4 Fällen von mässig engem Becken mit einer Conjugata vera von durchschnittlich 9 Cm. und in 5 Fällen von normalem Becken. — In 3 Fällen von engem Becken gelang das Einpressen des Kopfes vollständig: der hochstehende, wenig configurirte, bewegliche Kopf wurde durch kraftigen Druck von aussen ins Becken eingepresst; die bestehende Vorderscheitelbeineinstellung schwand, das Hinterhaupt trat tiefer, das Hinderniss war häufig mit einem fühlbaren Ruck überwunden und jetzt konnte leicht die Zange applicirt werden. Im 4. Falle von engem Becken handelte es sich um eine Ipara, mit einer Conjugata vera von 8,5 Cm. Der Kopf stand in Hinterscheitelbeineinstellung über dem Beckeneingange und bot gar keine Configurationserscheinungen dar. Es gelang das Einpressen trotz kräftigen Druckes nicht und es musste die Wendung auf die Füsse mit darauf folgender Extraction vorgenommen werden. — In sämmtlichen Fällen gab die Indication zum Eingreifen die Asphyxie des Kindes ab.

In weiteren 5 Fällen wurde der hochstehende Kopf beim normalen Becken eingepresst. Auch hier war der Kopf noch beweglich, so dass eine Wendung auf die Füsse in Frage kommen konnte, das Einpressen des Kopfes wurde als ein geringerer Eingriff vorgezogen. Die Indication zur Vornahme der Expression bildete auch hier die Asphyxie des Kindes, in 2 Fällen Wehenschwäche in der Austreibungsperiode; die Geburt wurde darauf durch den Forceps, einmal spontan, beendet. — Als Bedingung zur Vornahme der Expression nach Hofmeier muss, ausser dass die Blase gesprungen, eine gewisse Configuration des Schädels bestehen, die Cervix muss vollständig entfaltet, der aussere Muttermund braucht dabei nicht vollständig erweitert zu sein. Was die Technik der Operation anbetrifft, so wurde vor Allem eine tiefe Narkose eingeleitet, da ohne dieselbe ein zweckmässiger Druck sich nicht ausführen lässt. Nach der Empfehlung von Fehling wurde der Druck mit beiden Händen ausgeführt, wobei die eine Hand auf das Hinterhaupt, die andere auf den Unterkiefer einwirkten. — Ein schädlicher Einfluss von der Anwendung des Verfahrens wurde nicht beobachtet.

Das Hofmeier'sche Verfahren wird daher empfohlen bei engem Becken, besonders in den Fällen von Cervixdehnung (Hofmeier), bei lange andauernder Geburt (Muret) und überhaupt in allen Fällen, wo Indication zur Vornahme der Entbindung besteht und die Bedingungen dazu erfüllt sind. Ferner wird sich das Verfahren anwenden lassen bei der Einleitung der künstlichen Frühgeburt, wo der kleine Kopf sich leicht ins Becken einpressen lassen wird. Auch bei normalem Becken empfiehlt sich die Hofmeier'sche Expression besonders in Fällen von Wehenschwäche beim zweiten Zwilling u. s. w.

Ungeachtet des grossen Aufschwunges der Antisepsis sind noch immer Misserfolge gerade in der geburtshilflichen Praxis zu verzeichnen; man muss daher bestrebt sein gefährlichere geburtshilfliche Eingriffe möglichst zu vermeiden; daher empfiehlt Vortragender die Expression nach Hofmeier als einen viel geringeren Eingriff gegenüber der hohen Zange und der Wendung auf die Füsse in allen geeigneten Fällen anzuwenden. (Autorreferat).

Discussion:

Herr Koppe (Pernau) begrüsst mit Freuden diesen Vorschlag, mit manueller Hülfe in der Praxis auszukommen, vermisst aber eine genauere Beschreibung des Handgriffes. Anschliessend erlaube er sich auf einen Vorschlag seines Bruders Robert Koppe (Moskau), die Expression des nachfolgenden Kopfes betreffend, hinzuweisen. Von der Beobachtung ausgehend, dass ein elastischer Körper, etwa ein Gummiball, durch eine enge Oeffnung vermittelst eines Druckes von oben sich nicht durchpressen lasse, im Gegentheil das Missverhaltniss nur vergrössert werde, eine seitliche Compression dagegen zum Ziel führe, empfehle R. Koppe für den nachfolgenden Kopf einen Druck von vorn nach hinten, das heisst, auf's Promontorium gerichtet. So, meine Red., müsste auch bei vorangehendem Kopfe ein länger andauernder seitlicher Druck geeignet sein, dem Schädel die gewünschte Configuration zu geben, in welcher er von den Wehen fixirt werden könnte.

Herr Holowko: Misserfolge beim Einpressen des Kopfes würden nicht immer zu vermeiden sein, so lange sich der Kopf noch nicht configurirt habe. Am vorangehenden Kopf lasse sich der äussere Druck kaum anders anwenden, als von vorn nach hinten und unten.

4. Herr H. v. Brehm (Riga). «Ueber Dammschutz».

Nachdem Red. die Wichtigkeit der Erhaltung des Dammes und seine Gefährdung bei physiologischen wie pathologischen Geburten eingehend gewürdigt, wendet er sich zur Prophylaxe der Perinealruptur. Eine Hinterhauptslage vorausgesetzt solle der Kopf des Kindes:

1) mit seiner niedrigsten Stelle, der Nackengrube, im graden Durchmesser unter den Arcus pubis treten;

2) sich nur langsam über den Damm schwingen, damit die Elasticität der Weichtheile möglichst ausgenutzt werde;

3) nur in einer Wehenpause austreten.

Den ersten Anprall habe der Levator ani auszuhalten. Einfache Vermehrung der Widerstände direct gegen den Kopf gerichtet, lasse den Muskel langsam auseinander weichen. Dann sei das Hinterhaupt bis zum Nacken unter die Schamfuge zu bringen: zu dem Zweck übten 2 unter die Symphyse geschobene Finger der einen Hand einen Druck nach unten aufs Hinterhaupt, während die andere Hand die Scheitelbeine nach hinten dränge.

Jetzt erst handle sich's um den Dammschutz im engeren Sinne. Red. unterscheidet drei Methoden derselben: 1) Druck auf den Damm. 2) Druck auf den Kopf des Kindes. 3) Handgriffe, vom Mastdarm und Hinterdamme aus wirkend. Die beiden ersten kämen nur in Frage bei Drangwehen und Mitpressen der Kreissenden, während die unter 3 angedeuteten Maassnahmen allein allen Anforderungen genügten, weshalb nur diese Gegenstand der folgenden Besprechung sein sollen.

Vortrgd. schildert ausführlich den Ritgen'schen Mastdarmhandgriff, der ihm stets ausgezeichnete Dienste geleistet. Was er an ihm aussetze, sei die mit der Asepsis schwer vereinbare Einführung der Finger ins Rectum und die Nothwendigkeit völliger Entblössung der Kreissenden. Verletzungen des Darmes, vor denen Fritsche gewarnt, habe er nie erlebt.

Als «Ersatz für den Ritgen'schen Handgriff» empfehle Fehling (87) den «Steissbeinhandgriff», zuerst gleichfalls von Ritgen ausführlich beschrieben (Citat: Monatsschrift für Geburtskunde Bd. 6, pg. 339).

von Brehm benutzt nach Löhlein's Vorgang zur Ausübung des Druckes die ganze Vola manus, statt der bald ermüdenden Fingerspitzen. An Vorzügen dieses Verfahrens seien zu nennen: weil in Seitenlage ausführbar, geringere Entblössung der Kreissenden, bei Ausschaltung der Bauchpresse; ferner grössere Sauberkeit sowie vollständiges Unberührtbleiben des Vorder-

[1]) Hofmeier: Ueber Contractionsverhältnisse des kreissenden Uterus. Zeitschrift für Geb. und Gyn. Bd. VI.

[2]) Muret: Ueber das Einpressen des Kindskopfes ins enge Becken. Berliner klin. Wochenschrift 1890.

dammes. Endlich gestatte dieser Handgriff, die Zange vor dem Durchschneiden des Kopfes abzunehmen.

Bei anderem Schutzverfahren zählte Schröder 15—20 pCt. Dammrisse, während Löhlein bei diesem Handgriffe nur 7 pCt. geringeren Werthes berechnete.

Zur Episiotomie, die er meist doppelseitig $1^{1}/_{2}$—2 Cm. von der Rhaphe entfernt in der Richtung auf die Sitzknorren ausführe, habe Red. nur selten gegriffen.

Mehr noch als der Kopf gefährdeten die Schultern den Damm. Die meist geübte Art, die Schultern zu entwickeln: zuerst durch Senkung des Kopfes die unter dem Arcus pubis befindliche, drauf durch Heben und Anziehen die zweite über den Damm schneiden zu lassen, erscheine nicht praktisch.

Der Apex acromialis bohre sich in die Ausbuchtung der hinteren Commissur und zerreisse diese und oft noch einen grossen Theil des Dammes. Vortrgd. lasse die Schultern nicht in gradem sondern in schrägem Durchmesser durchschneiden. Sofort nach Austritt des Kopfes, ehe sich der Damm retrahirt oder eine neue Wehe eingetreten, leite er durch Heben des Kopfes zuerst die hintere Schulter über den Damm, lasse drauf den Kopf sinken, dann werde durch die Schwere des kindlichen Körpers der Damm soweit gedehnt, dass die vordere Schulter unter dem Schambogen hervortrete.

Diese Methode des Dammschutzes empfehle Red. nach eigener Erfahrung aufs Wärmste.

Discussion:

Herr Küstner (Dorpat) kommt auf die Episiotomie zurück. Aus der Thatsache, dass die typischen Dammrisse immer seitlich erfolgten, ergebe sich die Unzweckmässigkeit der seitlichen Entspannungsschnitte, Red. lege den Entspannungsschnitt, wie es Michaelis zuerst gethan, in die stärkste Stelle des Dammes in die Rhaphe, und könne dieses Verfahren nur dringend empfehlen.

5. Der Präses theilt der Versammlung mit, dass es aus mehrfachen Gründen inopportun erscheine, die Verhandlung der «Hebammenfrage» auf diesem Aerztetage in Angriff zu nehmen. Im Einverständniss mit der zum Referate erwählten Commission schlage er vor, die Angelegenheit auf ein Jahr zu vertagen. Angenommen.

6. Die Anfrage des Präses (cf. § 23 d. Stat.) über etwa gewünschte Abänderung der Statuten wird von der Versammlung verneint.

7. Nach einigen Abschiedsworten des Präses erklärt Stadtarzt Dr. Koch den III. livl. Aerztetag für geschlossen.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Ueber die Behandlung schwerer Phlegmonen sprach Helferich-Greifswald auf der Naturforscherversammlung in Halle. Er hat das Verfahren ganz verlassen, Phlegmonen mit kleinen Incisionen und Drainage zu behandeln. Er macht vielmehr immer grosse Incisionen unter Esmarch'scher Blutleere, soweit als überhaupt die Eiterung reicht und füllt die ganze Wunde sorgfältig mit Verbandstoffen (Jodoformgaze und mit essigsaurer Thonerde oder Borsalicyl getränktem Mull) aus. Ein Drain ist dann nur ausnahmsweise nothwendig. Von einer Durchschneidung des Lig. carpivolare bei Vorderarmphlegmonen hat er keine Nachtheile gesehen. Eine Irrigation der Wunde mit starken Antisepticis vermeidet er, weil deren Wirkung auf die Nieren nicht ohne Bedeutung sei, er verwendet hierzu vielmehr sterile Kochsalzlösung.

— Zur Unterdrückung der Milchsecretion bei Wöchnerinnen hat Guibert Antipyrin mit bestem Erfolge angewandt. Er verabfolgt 2stündlich 0,25 in Pulverform und lässt pro die 2,0 verbrauchen. Sem. med. Nr. 34.

— Esteves empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen das Resorcin gegen Favus. Obwohl die Krankheit bei seinen Patienten eine grosse Ausdehnung zeigte, gelang es ihm mit seiner Methode in einem Monat Heilung zu erzielen. Vor Application des Resorcin werden die Krusten abgeweicht und der Haarboden mit Theerseife und einer Sublimat- oder Carbollösung gewaschen. Dann erfolgt die bekannte Epilation und schliesslich die Application einer Resorcinlösung (1: 8).

Deutsche med. Wochsch. Nr. 43.

— Ménudier liess aus Sojabohnen ein Brod bereiten, das wegen des besonderen Nährwerthes grosse Dienste in der Behandlung des Diabetes leisten dürfte. Wie aus der Analyse von Joulie hervorgeht, ist das Sojabrod zwei Mal so reich an stickstoffhaltigen Nährproducten wie das Weizenbrod und enthält nur ein Fünftel in Zucker umwandelbare Stärkesubstanz des letzteren; an Fett enthält es zehn Mal so viel wie Weizenbrod.

Deutsche med. Wochsch. Nr. 43.

— G. Sticker (Köln) hält von den Mitteln, welche Gallensteinkolik zum Gallensteinabort vollenden oder den Steinabgang ohne Kolik bewirken, für das beste die Belladonna, nach deren Darreichung sehr oft im Stuhl Concremente abgehen. Indicationen: Eintreten oder Herannahen einer Kolik, mehrtägige Einklemmung des Steines mit häufigen Kolikanfällen, Fehlen von Zeichen tiefer Gewebsläsionen und Abwesenheit von Collapserscheinungen infolge heftigster Schmerzen.

Anwendung: Inf. folior Belladonnae 1,0—1,5 (!)

Aq. destillat 150 $^{1}/_{2}$—1 stündlich ein Esslöff. oder Extr. Belladonnae 0,1—0,15, Aquae destillat 20,0 $^{1}/_{2}$—1 stündl. 20 Tropfen.

Deutsche Medicinal-Zeitg. Nr. 69.

— Lubliner theilte einen Fall von ausgebreitetem Rhinosklerom der Nase mit, welcher unter dem Einflusse eines intercurrirenden Typhus exanthematicus nahezu vollkommen verschwand. Ebensolch eine günstige Beeinflussung durch den Infectionsstoff des Typhus exanthematicus sah Lubliner bei einem Falle von Lupus vulgaris und Lupus tumidus.

Berlin. klin. Wochsch. Nr. 40.

— In der Sitzung des naturwissenschaftlich-medicinischen Vereins zu Strassburg (18. Dec. 1891) theilte Prof. Minkowski seine weiteren Untersuchungen über den Diabetes mellitus nach Pankreasexstirpation mit. Ausser bei Hunden hat M. das Auftreten des Diabetes auch bei einer Katze und bei einem Schweine beobachtet. Bei letzterem musste ein kleines, hinter der Pfortader gelegenes Stückchen der Drüse zurückgelassen werden; es trat daher nur Diabetes leichten Grades auf, wie er nach dem Zurücklassen von kleinen Pankreasstückchen auch bei Hunden beobachtet werden kann. Sehr interessant sind die Versuche der Transplantation von Pankreastheilen. Es ist M. gelungen bei mehreren Hunden Stücke von Pankreas unter der Bauchhaut zur Einheilung zu bringen und dadurch das Auftreten des Diabetes nach der vollständigen Entfernung des Pankreas aus der Bauchhöhle zu verhindern. Der Diabetes trat erst dann in voller Stärke auf, als die subcutan eingeheilten Pankreasstücke nachträglich wieder entfernt wurden. Es war also möglich, durch eine rasch und leicht ausführbare extraperitoneale Operation, bei welcher nichts anderes, als die Entfernung des Pankreasstückes in Betracht kommen konnte, den Diabetes zu erzeugen.

Wiener klin. Wochsch. Nr. 1 1892.

— Trapeznikow behandelte Erysipelas mit sehr befriedigenden Erfolgen mittels folgender Salbe: Acidi carbolic 2,0 Ol. Terpenth. 30,0. Stündlich aufzustreichen.

(Russk. Med. Nr. 14. 1891).

Vermischtes.

— Am 25. Februar beging der Professor der Histologie an der Universität Kasan, wirkl. Staatsrath Dr. Carl Arnstein sein 25jähriges Doctorjubiläum, bei welcher Gelegenheit demselben von der Universität durch eine Deputation eine Adresse übergeben wurde. Zur Beglückwünschung waren auch die Professoren und Studenten der medicinischen Facultät mit dem Rector an der Spitze erschienen. (Prof. Arnstein ist ein Schüler der Dorpater Universität, an welcher er im J. 1867 die Doctorwürde erlangte. An der Universität Kasan wirkt er bereits seit 1869 und zwar anfangs als Prosector der patholog. Anatomie, seit 1872 aber als Professor der Histologie).

— Vor Kurzem feierte der bekannte Cur-Arzt und med. Schriftsteller Dr. W. N. Dmitrijew in Jalta das 25jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. In Anbetracht seiner Verdienste um den Curort hat die Jaltasche Abtheilung der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit den Jubilar zu ihrem Ehrenmitgliede erwählt.

— Verstorben: 1) Am 4. März in Kiew der bekannte Chirurg und Senior der Professoren der dortigen Universität, wirklicher Geheimrath Dr. Wl. A. Karawajew, an einer Lungenentzündung im 81. Lebensjahre. Die ärztliche Thätigkeit des Hingeschiedenen umfasst einen Zeitraum von mehr als sechs Jahrzehnten, von denen über 51 Jahre auf seine Wirksamkeit als Professor der Chirurgie in Kiew entfallen. Karawajew war am 8. Juli 1811 in Wjatka geboren und hatte seine medicinische Ausbildung an der Universität Kasan erhalten, wo er im Jahre 1831 den Cursus mit dem Grade eines Arztes absolvirte. Nachdem er einige Zeit in St. Petersburg practicirt und sodann einige Jahre mit wissenschaftlichen Studien im Auslande verbracht, studirte er als Arzt noch 2 Jahre (1836—38) in Dorpat Medicin und wurde daselbst nach Vertheidigung seiner Dissertation «De phlebitide traumatica» zum Doctor medicinae promovirt. Nach kurzem Dienst als Marinearzt in Kronstadt erhielt er im J. 1840 bereits einen Ruf als Professor der Chirurgie an der Universität Kiew, welcher er seine Lehrthätigkeit ununterbrochen bis zu seinem Lebensende gewidmet hat. Hier erlangte er sehr bald den Ruf eines tüchtigen und geschickten Chirurgen und wurde daher häufig auch in entfernte Gegenden zu schwierigen Operationen berufen. Für eine solche schwierige Operation, welche er im J. 1844 in der Krimm an dem Fürsten Golizyn mit Erfolg ausführte, erhielt er von Kaiser Nikolai Pawlowitsch einen Brillantring. Dem Hingeschiedenen sind während seiner langen Professoren-Laufbahn zahlreiche Auszeichnungen zu Theil geworden: Er wurde zum Ehrenmitgliede der Kiewer Universität, sowie vieler medicinischen Gesellschaften erwählt

und zum berathenden Mitgliede des Medicinalraths ernannt. Von hohen Orden wurden ihm der Stanislaus- und Annen-Orden I. Klasse, der Weisse Adlerorden, der Alexander-Newski-Orden und der Wladimirorden II. Klasse verliehen. Ihm zu Ehren erhielt eine Strasse in Kiew den Namen «Karawajewskaja». 2) In Balachna (Gouv. Nishni-Nowgorod) der dortige Kreisarzt Staatsrath Heinr. Girard, nach längerem Leiden im 58. Lebensjahre. Der Hingegangene stammte aus Livland und bezog im J. 1851 die Universität Dorpat, an welcher er bis 1861 Medicin studirte. Nach Erlangung des Arztgrades war G. successive Stadtarzt zu Buinsk, Alatyr, Ardatow und seit 1876 Kreisarzt in Balachna. 3) In St. Petersburg Dr. Wlad. J. Antonow. 4) Am 8. Februar der junge Landschaftsarzt des Bronnizy'schen Kreises N. J. Jaskow am Flecktyphus; 4) Am 2/14. März in Leipzig der bekannte Gynäkolog Prof. Carl Credé im 73. Lebensjahre. Nachdem Cr. mehrere Jahre als Privatdocent in Berlin docirt, wurde er 1856 als ord. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie nach Leipzig berufen, wo er bis 1887 lehrte. Ohne hier auf seine zahlreichen Leistungen in seiner Fachwissenschaft näher einzugehen, heben wir nur eines seiner Hauptverdienste hervor, welches bekanntlich in der von ihm angegebenen Methode, die Blennorrhoea neonatorum zu coupiren, besteht. 5) In Halle der Prof. extraord. für innere Medicin, Dr. B. Küssner, im 40. Lebensjahre. Der Verstorbene war früher Assistent von Prof. Naunyn in Königsberg, dann von Prof. Westphal in Berlin und seit 1884 Professor in Halle.

— Prof. Dr. Billroth in Wien begeht im April Monat sein 40jähriges Doctor-Jubiläum und sein 25jähriges Jubiläum als Professor an der Wiener Universität.

— Am 12. März feierte der Professor der Pharmacie an der Universität München, Dr. Ludwig Buchner, sein 50jähriges medicinisches Doctorjubiläum. Der Jubilar steht im 78. Lebensjahre und bekleidet seit 40 Jahren die Professur der Pharmacie in München.

— Vom Curatorium der Liebig-Stiftung ist dem Professor der Physiologie Dr. Carl v. Voit in München «in Anbetracht der Verdienste desselben um die Lehre von der Ernährung des Menschen und der Thiere» einstimmig die goldene Liebig-Medaille zuerkannt worden.

— In Moskau hat Dr. Henry Cazalis, welcher von der französischen Regierung zu wissenschaftlichen Zwecken nach Russland geschickt worden ist, die dortigen Universitäts-Kliniken besehen.

— Am 5. März wurde im polytechnischen Museum in Moskau der 11. Congress der Landschaftsärzte des Moskauer Gouvernements, welcher bis zum 14. März dauern wird, eröffnet. Zum Präsidenten des Congresses, zu welchem sich ca. 50 Aerzte eingefunden haben, ist Prof. Erismann gewählt worden.

— In Riga ist am 3. März der Senior der Apotheker Russlands Carl Frederking, welcher von der Universität in Anbetracht seiner Verdienste um die pharmaceutische Wissenschaft zum Magister pharm. honoris causa ernannt wurde, nach längerem Leiden aus diesem Leben geschieden. Frederking wurde i. J. 1864 aufgefordert, die Professur der Pharmacie zu übernehmen, lehnte aber diesen Ruf ab und schlug den gegenwärtig noch fungirenden Professor Dragendorff für diesen Lehrstuhl vor.

— Am 8. März fand hierselbst eine Generalversammlung der Gesellschaft des russischen «Rothen Kreuzes» statt. Wie der Präsident General-Adjutant v. Kaufmann mittheilt, hat sich das Capital der Centralverwaltung um 90,000 Rbl. und das der Provincial-Abtheilungen der Gesellschaft um 189,000 Rbl. im verflossenen Berichtsjahre vergrössert, obschon die Central-Verwaltung aus ihren Mitteln 170,000 Rbl. und die Provincial-Abtheilungen 367,000 Rbl. zur Linderung der Noth in den von der Hungersnoth heimgesuchten Gouvernements hergegeben haben. Die Zahl der von der Gesellschaft unterhaltenen barmherzigen Schwestern ist um 90 gestiegen, so dass die Gesammtzahl der barmherzigen Schwestern des Rothen Kreuzes gegenwärtig 1,900 beträgt. Hierbei sind die in der Reserve befindlichen Schwestern nicht einmal mitgezählt, von denen 25 pCt. im Falle eines Krieges sofort in Function zu treten im Stande sind.

— Wie aus Saratow telegraphisch gemeldet wird, haben 11 Landschaftsärzte des Saratowschen Kreises in Folge der Aufhebung des Sanitäts-Conseils und wegen beleidigenden Gebahrens des Präsidenten des Landschaftsamtes gegen sie ihren Abschied eingereicht.

— Der amerikanische Krösus Mr. William Vanderbilt hat auf eine Reise nach Europa, welche sich auf 6 Wochen erstreckte, seinen Hausarzt mitgenommen und demselben für diese Zeit laut Abmachung 10,000 Dollar (ca. 20,000 Rbl. nach dem Course) baar und ausserdem alle Ausgaben auf der Reise bezahlt. Freilich gehört der Arzt zu den renommirten Praktikern New-Yorks, welche nicht weniger als 1,000 Dollar in der Woche durch ihre Praxis verdienen. (Tits-Bits.-Wr.).

— Zur Ausschmückung des Langenbeck-Hauses in Berlin hat der deutsche Kaiser die Marmorbüste der Kaiserin Auguste gewidmet. Ein Bildniss von Langenbeck und das Virchow-Porträt von Lenbach werden in dem Hause ebenfalls einen Ehrenplatz erhalten; ausserdem wollen die Schüler R. Volkmann's eine Marmorbüste ihres unvergesslichen Lehrers darbringen.

— Die Gesellschaft der Aerzte in Wien beabsichtigt ein eigenes Heim zu errichten. Wie der Präsident der Gesellschaft, Prof. Billroth in einer der letzten Sitzungen mittheilte, ist durch die reichlich erfolgten Zeichnungen der Mitglieder, sowie die Spenden Kaiser Franz Joseph's im Betrage von 5,000 Gulden und einer Dame, die nicht genannt werden will, im Betrage von 4000 Gulden der Bau des Gesellschaftshauses gesichert. Der Bauplatz ist bereits in der Garelligasse angekauft.

— Die Wittwen- und Waisen-Societät des Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums besitzt nach dem letzten Jahresbericht bereits ein Vermögen von 2.537,199 Gulden. Die Einnahmen beliefen sich im verflossenen Jahre auf 141,330 Gulden, die Ausgaben auf 131,662 Gulden. Die Zahl der Mitglieder betrug 334.

(Oesterr. ärztl. Vereinszeitung).

— Die Untersuchung des Schweinefleisches auf Trichinen kommt der Stadt Berlin die ansehnliche Summe von nahezu ½ Millionen Mark zu stehen.

— Der IV. internationale Congress der Gesellschaften vom «Rothen Kreuz» wird am 21. April in Rom eröffnet werden. Zu demselben sind bereits mehr als 170 Delegirte angemeldet. (R. m. C.-Ztg.).

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 8. März d. J. 6492 (24 mehr als in der Vorwoche), darunter 453 Typhus — (10 weniger), 656 Syphilis — (5 weniger), 61 Scharlach — (8 weniger), 28 Diphtherie — (6 mehr), 71 Masern — (2 weniger) und 17 Pockenkranke (9 weniger).

Vacanzen.

1. Im Kreise Nowousensk (Gouv. Samara) sind 2 Landschaftsarztstellen erledigt. Gehalt 1,000 Rbl. jährlich bei freien Amtsfahrten. Die Meldung geschieht unter Beifügung der Documente bei der «Новоузенская Земская Управа».

2. Für den Kreis Sudogda (Gouv. Wladimir) wird ein Landschaftsarzt gesucht. Wohnsitz in der Stadt Sudogda. Gehalt 1,000 Rbl. jährlich bei freien Amtsfahrten. Nähere Auskünfte ertheilt die «Судогодская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 1. März bis 7. März 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
325	281	606	127	44	103	15	5	23	56	48	55	45	40	33	11	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 4, Febris recurrens 3, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 6, Masern 9, Scharlach 21, Diphtherie 12, Croup 1, Keuchhusten 8, Croupöse Lungenentzündung 40, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 122, Tuberculose anderer Organe 5, Alkoholismus und Delirium tremens 0, Lebensschwäche und Atrophia infantum 35, Marassmus senilis 23, Krankheiten des Verdauungscanal 63, Todtgeborene 27.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 17. März.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 13. April.

Дозв. ценз. Спб. 13 Марта 1892 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Wienecke, Katherinenhofer-Pr. № 15.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 **Mark** jährlich, 10 **Mark** halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 12 St. Petersburg, 21. März (2. April) **1892**

Ein Fall von linksseitiger Hemiplegie begleitet von linksseitiger homonymer lateraler Hemianopsie und Hemianaesthesie.

Von

Paul Brasche

jüng. Arzt des II. ostsibirischen Scharfschützenbataillons.

(Aus der Universitätsabtheilung des Dorpater Bezirkshospitals.

In den letzten Jahren sind, soweit ich aus der mir zugänglichen Literatur ersehen kann, nur wenige Veröffentlichungen über «Hemiplegie mit gleichzeitiger Hemianopsie und Hemianaesthesie bei Gehirnblutung» erschienen und dürfte aus diesem Grunde der nachfolgende in der Universitätsabtheilung des Bezirkshospitals zu Dorpat beobachtete Fall, welcher mir von Prof. K. Dehio zur näheren Beschreibung freundlichst überlassen wurde, um so mehr von Interesse sein, als eine nach Möglichkeit genaue Autopsie stattgefunden hat und beigefügt worden ist.

Oscar Brand, 57 Jahre alt. Zimmermaler aus Wesenberg. Ins Hospital aufgenommen am 29. December 1888, gestorben den 4. März 1889. Patient ist Wittwer, hat 4 gesunde Kinder und will in der Jugend den Scharlach durchgemacht, vor einigen Jahren das Nervenfieber und in der letzten Zeit 2 Mal Gelenkrheumatismus gehabt haben; auch giebt er an, seit vielen Jahren an unregelmässig auftretenden vorübergehenden Schwindelanfällen gelitten zu haben. Am 20. December, also vor 9 Tagen, will Patient in Folge von Dunst in seinem Zimmer mit heftigen Kopfschmerzen und Erbrechen erkrankt sein und ziemlich gleichzeitig bemerkte er ein Gefühl von Schwäche und Vertaubung in den Extremitäten der linken Seite, so dass er sich nicht mehr frei zu bewegen vermochte. Schwindelgefühl fehlte angeblich vollständig, das Bewusstsein und die Sprache sollen erhalten geblieben sein, wohl aber hatte Patient über eine leichte schleierartige Verdunkelung der Augen zu klagen. Da dieser Zustand sich nicht besserte, hat er sich in's Hospital aufnehmen lassen.

Die am 31. Dec. vorgenommene Untersuchung ergab folgenden Status praesens: Patient ist von kräftigem Körperbau, gutem Ernährungszustand und gesunder Hautfarbe. Auf dem Kreuz eine thalergrosse geröthete Stelle. Pat. klagt über das Unvermögen die Extremitäten der linken Seite zu bewegen, sowie über Gefühllosigkeit in denselben; ferner über Schmerzen im Kreuz, in der Brust und besonders im Nacken, welch letztere bei seitlichen Kopfbewegungen sehr heftig werden. Leichter Husten.

Das Sensorium ist leicht benommen. Pat. antwortet nur langsam und unlustig, aber immerhin verständlich und deutlich; interessirt sich wenig für seine Umgebung.

Das Gehör scheint wohl erhalten. Homonyme laterale Hemianopsie in Folge deren auf beiden Augen die linke Seite des Gesichtsfeldes fehlt; Pat. bemerkt nur Gegenstände, die von rechts her in sein Gesichtsfeld gebracht werden, doch ist die Ausdehnung des Gesichtsfelddefectes wegen der unpräcisen Antworten des ziemlich unaufmerksamen Kranken nicht mit Sicherheit festzustellen. Die Beweglichkeit der Bulbi scheint etwas herabgesetzt, indem beide Augen nur unvollkommen nach links bewegt werden; Pupillen gleich, von mittlerer Weite und ziemlich träger Lichtreaction.

Die Sprache etwas langsam und erschwert, die Stimme normal.

Motilität: Parese der linken Gesichtshälfte. Die Zunge weicht beim Herausstrecken nach links ab; der linke Gaumenbogen steht tiefer. Im Stirntheil des Facialis ist jedoch die Motilität erhalten, desgleichen sind die Augenlider gut beweglich. Schlaffe Lähmung der linken oberen und unteren Extremität, auch kann der Kopf nur wenig nach links bewegt werden. Auffallende motorische Unruhe der nicht gelähmten Glieder.

Sensibilität: Vollkommene Anaesthesie der ganzen linken Körperhälfte für Tast-, Schmerz- und Temperaturempfindungen, auch ist Pat. nicht im Stande, bei geschlossenen Augen über die Lage seiner gelähmten Glieder Auskunft zu geben (Fehlen des Muskelsinnes). Auf der linken Gesichtshälfte ist die Sensibilität nur stark herabgesetzt, aber nicht völlig geschwunden. Bei passiven Bewegungen des Kopfes erfolgen lebhafte Schmerzäusserungen.

Die Hauttemperatur der Extremitäten der linken Seite ist niedriger als rechts. Die Hautreflexe fehlen auf der gelähmten Seite, der Patellarsehnenreflex ist links verstärkt, Fussclonus nicht zu erzeugen. Sehnenreflexe der Arme links lebhafter als rechts.

Pat. schläft viel und fest und lässt Urin und Koth häufig unter sich.

Die Untersuchung der übrigen Organe ergab nichts Abnormes; mässige Arteriosklerose, Temporalarterien stark geschlängelt; Appetit vorhanden. Linksseitige reponible Inguinalhernie.

In den folgenden Wochen trat eine allmälige Besserung der Lähmungserscheinungen ein, so dass Pat. in den letzten Tagen des Januar den Kopf und die Augen frei bewegen, den linken Arm einwenig heben und die gelähmten Finger etwas krümmen konnte; auch vermochte er das Bein im Knie jetzt bis fast zum rechten Winkel zu flectiren, sowie den Fuss

und die Zehen linkerseits zu bewegen. Stärkere passive Bewegungen der gelähmten Glieder erregten jedoch lebhafte Schmerzäusserungen.

Die Hemianaesthesie war gleichfalls etwas geringer geworden, so dass tiefe Nadelstiche jetzt wahrgenommen wurden, am deutlichsten am Oberschenkel. Auch der Temperatursinn schien im Bein vorhanden, denn Kälteapplication wurde an demselben unangenehm empfunden; das Tastgefühl jedoch fehlte nach wie vor. Die Hemianopsie bestand unverändert fort, wie durch vielfach wiederholte Prüfungen sicher festgestellt wurde, und betraf, soweit sich das ohne Perimeter constatiren liess, die ganze linke Hälfte des Gesichtsfeldes.

Urin und Koth wurden seltener ins Bett entleert.

Bis zur Mitte des Februar war die active Beweglichkeit der gelähmten Extremitäten noch weiter gestiegen, welch' letztere nun schon eine kurze Zeit frei in der Luft gehalten werden konnten. Von nun an jedoch zeigten die Krankheitserscheinungen keine Veränderung zum Besseren mehr, das Sensorium war häufig etwas verwirrt, die Hemianopsie und die Hemianaesthesie bestanden nach wie vor. Zeitweilig trat Harnverhaltung ein, die durch den Katheter beseitigt werden musste und am Kreuzbein entwickelte sich ein gangränöser Decubitus mit gerötheten und unterminirten Rändern. Am 2. März trat plötzlich Fieber auf (Temp. 39.2° C.) und entsprechend dem linken unteren Lungenlappen machten sich Dämpfung, leises Bronchialathmen und feuchte, grossblasige Rasselgeräusche bemerkbar. Pat. wurde soporös und starb am 4. März. 5 Tage vor dem Tode war noch das unveränderte Bestehen der Hemianopsie constatirt worden.

Die Section, welche ich nur im Auszuge mittheile, ergab folgendes: Das Herz gross, namentlich Hypertrophie des linken Ventrikels, dessen Musculatur etwa 2 Ctm. dick und von derber Consistenz ist. Die Mitralklappen am freien Rande sehnig verdickt, die Sehnenfäden verkürzt, die Papillarmuskeln

Fig. I.

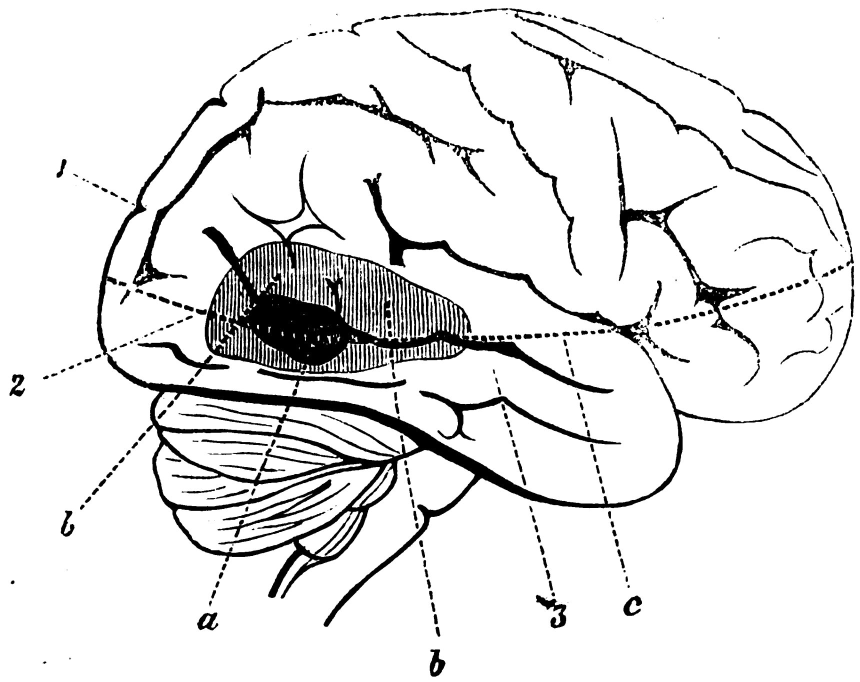


Fig. I.

a. Dunkler Fleck auf der Oberfläche des Gehirnes.

b. Ausdehnung des Herdes in der Markmasse des Hirnes.

c. Horizontalschnitt, dessen Flächenansicht Fig. II wiedergiebt.

1. Sulcus parieto-occipitalis, Grenze zwischen Occipital- und Parietallappen.
2. Gyrus occipitalis II.
3. Mittlerer gyrus temporalis.

Fig. II.

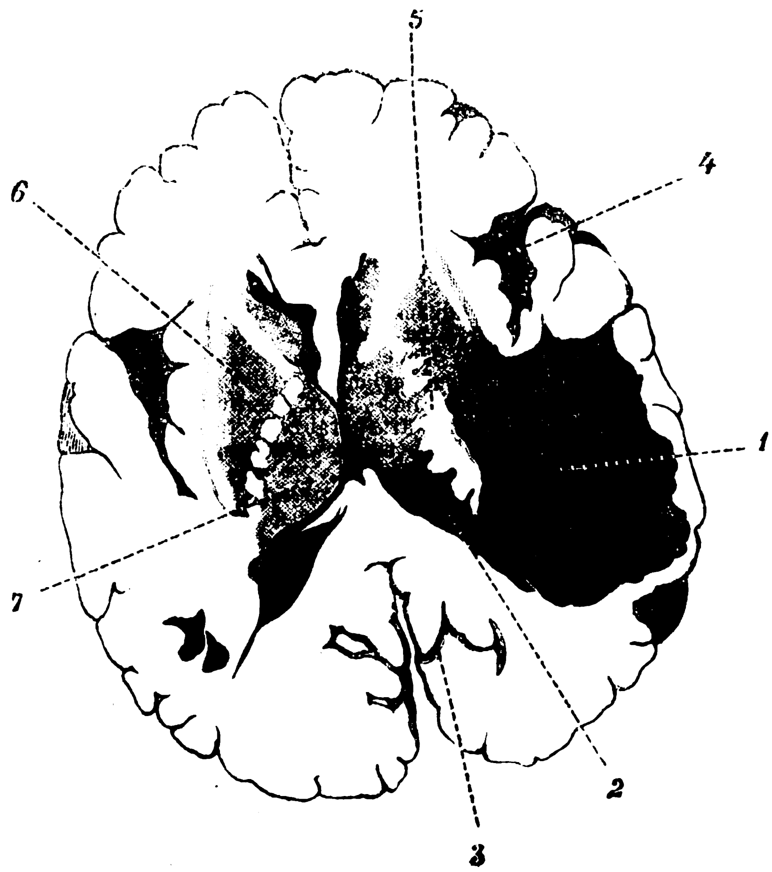


Fig. II.

1. Blutherd.
2. Hinterhorn des rechten Seitenventrikels.
3. Sulcus parieto-occipitalis. Grenze zwischen Cuneus und Praecuneus.
4. Insula Reilii.
5. Hinterschenkel der Capsula interna.
6. Linsenkern.
7. Thalamus opticus

gross und breit, fibrös indurirt. Die Aortenklappen verdickt aber schlussfähig. Die Wand der Aorta thoracica verdickt, mit zahlreichen gelblichen flachen arteriosklerotischen Erhebungen.

Die Lungen gebläht, im linken Brustfellsack ein Liter gelblicher etwas trüber Flüssigkeit. Der untere Lappen der linken Lunge vollkommen luftleer, von zäher Consistenz; der obere Lappen oedematös durchtränkt. Die rechte Lunge durchweg lufthaltig. Die Bronchialschleimhaut gewulstet von graurother Farbe.

Die Nieren klein, die Oberfläche granulirt, die Rinde verschmälert; Ureteren erweitert, die Blase stark erweitert, die Wand derselben verdickt, die Prostata sehr derb und fest.

Die Dura mater cerebri verdickt, die Pia mater weisslich getrübt. An der convexen Oberfläche der rechten Hemisphäre, entsprechend der Uebergangsstelle der mittleren Temporal- in die 2. Occipitalwindung, ein etwa erbsengrosser dunkelbraunrother Fleck mit bräunlich verfärbter Umgebung, welcher einem etwa apfelgrossen mit zum Theil entfärbten Blutgerinnseln gefüllten apoplektischen Herd entspricht, der in der hinteren Hälfte der Markmasse des rechten Grosshirn's gelegen ist und bis an das hintere Horn des rechten Seitenventrikels heranreicht. Das Gehirn wird in Alkohol aufbewahrt.

Ich habe nun das Gehirn behufs genauerer Untersuchung zunächst von seiner Pia befreit und in successiv auf einander folgende Horizontalschnitte zerlegt. Beide Hemisphären erschienen im Allgemeinen gleich gross, die Gyri nicht abgeflacht. Die bräunliche Verfärbung an der Uebergangsstelle zwischen der 2. Occipital- und mittleren Temporalwindung ist schon erwähnt und als dunkel schraffirte Partie (a) in der beigefügten Seitenansicht des Gehirn's (Fig. I.) wiedergegeben. Die Horizontalschnitte liessen nun einen grossen mit bröckligen Cruormassen gefüllten Hohlraum erkennen, der von unregelmässiger Gestalt ist und dessen Wandungen von Gehirnsubstanz gebildet werden, welche letztere in einer Dicke von etwa 2—3 Mm. bräunlich imbibirt ist. Der Bluthерd liegt in der unteren Hälfte der rechten Hemisphäre derart, dass er mit seiner vorderen Hälfte in das Gebiet des Temporallappens, mit seiner hinteren in das des Occipitallappens hineinragt. Die hell schraffirte Partie (Fig. I, b) giebt die Ausdehnung desselben in seitlicher Projection wieder, wie sie sich etwa aus meinen Horizontalschnitten construiren liess. Die grösste horizontale Ausdehnung des Herdes ist in Fig. II wiedergegeben, welche einen genau mit dem Storchschnabel gezeichneten Horizontalschnitt durch das Präparat darstellt. Der Schnitt liegt in der Höhe der gestrichelten Linie (c), welche in Fig. I sichtbar ist. Die Ausdehnungen des Herdes sind folgende: nach oben reicht er etwa bis zur Höhe der oberen Fläche des Balkens, nach unten reicht er in ziemlich flacher Ausbreitung bis etwa $^3/_4$ Ctm. oberhalb der unteren Fläche des Grosshirns herab, so dass seine grösste verticale Ausdehnung $2^1/_2$ Ctm. beträgt. Die horizontale Ausbreitung (cf. Fig. II) ist folgende: nach hinten reicht der Herd etwa $^1/_2$ Ctm. über das hintere Ende des Hinterhorns hinaus, nach vorn tritt er auf $^1/_2$ Ctm. Entfernung an die Insula Reilii heran; seine laterale Seitenfläche stösst im Gebiet der mittleren Temporal- und der 2. Occipitalwindung, dort, wo diese beiden Gyri in einander übergehen, direct an die graue Substanz derselben, so dass an einer etwa bohnengrossen Stelle die unteren Schichten der Rinde durch den Bluthерd zerstört erscheinen und nur eine etwa 2 Mm. breite aus Rindensubstanz bestehende Lamelle den Herd von der Oberfläche des Gehirns trennt. Hier ist der braune Fleck aussen sichtbar. Medianwärts tritt der Herd mit seiner hinteren Partie direct an die Aussenwand des Hinterhorns des Seitenventrikels heran, ohne jedoch in den Ventrikel selbst durchgebrochen zu sein. Eine kaum 2 Mm. dicke Lage von Hirnsubstanz und Ependym ist noch als Scheidewand erhalten.

Weiter nach vorn streicht die Begrenzung des Blutherdes quer am hinteren Ende des Hinterschenkels der Capsula interna vorbei und tritt dann an den Linsenkern, dessen hinteres Drittel nebst dem hinteren Ende des Claustrum zerstört ist. Die grösste Ausdehnung des Herdes von vorn nach hinten beträgt 5 Ctm.

Die directen Druckwirkungen, welche der Herd ausgeübt hat, sind noch an der Configuration der inneren Hirntheile bemerkbar. Das Hinterhorn des Seitenventrikels ist comprimirt, der Thalamus opticus ein wenig von vorn nach hinten zusammengedrückt und das hintere Ende der Insula Reilii nach vorne gedrängt.

Im hintern Theil der Markmasse des linken Temporallappens findet sich gleichfalls ein etwa bohnengrosser, unregelmässig gestalteter Bluterguss, der jedoch augenscheinlich keine klinischen Symptome bewirkt hat. Auch im vorderen Ende des rechten Nucleus caudatus sind ein paar stecknadelkopfgrosse Erweichungscysten vorhanden, die klinisch belanglos gewesen sein dürften.

Wir haben es hier mit einem Fall von Hemiplegie zu thun, welcher plötzlich, aber angeblich ohne Bewusstseinsverlust aufgetreten ist und wo die hemiplegische Lähmung der linken Seite sich mit einer anfänglich vollkommenen linksseitigen Hemianaesthesie combinirte und sich als auffallendes Symptom noch eine linksseitige Hemianopsie hinzugesellte.

Kahler und Hauer (cfr. Nr. 5 und Nr. 15 des Literaturverzeichnisses) haben nun darauf aufmerksam gemacht, dass die Hemianopsie eine recht häufige Begleiterscheinung schwererer Gehirnblutungen ist. Dieselbe pflegt aber meist nicht lange zu bestehen, sondern meist ziemlich rasch wieder zu schwinden, womit sie sich als ein indirectes Herdsymptom zu erkennen giebt, welches nicht durch Zerstörung der betreffenden Leitungsbahnen, sondern durch den anfänglich vorhandenen und später nachlassenden Druck hervorgerufen wird, den der Bluthерd auf seine Nachbarschaft ausübt.

Wie die Hemianopsie, so kann nun auch die Hemianaesthesie in einer grossen Zahl der Fälle schwinden und es bleibt dann bei der gewöhnlichen Form der cerebralen Hemiplegie nur die motorische Störung zurück. Dieses sind die häufiger beobachteten Blutungen in der Nähe des Seitenventrikels, welche zwar die von den Centralwindungen zum mittleren Drittel des hinteren Schenkels der Capsula interna ziehende Pyramidenbahn in grösserer oder geringerer Ausdehnung zertrümmern, aber die benachbarten, mehr nach hinten gelegenen centripetalen Bahnen verschonen.

In unserem Falle nun verhält es sich umgekehrt. Schon im Verlauf der ersten Wochen trat eine bedeutende Besserung in den hemiplegischen Erscheinungen ein, während die Hemianaesthesie sich relativ weniger besserte. Die Hemianopsie vollends blieb bis zum Tode unverändert in derselben Ausdehnung und Intensität bestehen, wie in den ersten Tagen nach dem Insult.

Es lag deshalb in unserem Falle die Annahme nahe, dass die Hemianopsie ein directes Herdsymptom sei, bedingt durch eine Zerstörung im Gebiet der dem Sehacte dienenden Theile der Hemisphaere. Ein ähnliches Verhältniss konnte theilweise auch für die hemianaesthetischen Erscheinungen angenommen werden. Die motorische Hemiplegie jedoch liess wegen ihrer deutlichen Besserung die Annahme zu, dass die Pyramidenbahn nur indirect, etwa durch Druckwirkungen des Herdes, in Mitleidenschaft gezogen worden.

Versuchen wir nun auf Grund dieser Annahmen eine genauere topische Diagnose des Sitzes der Zerstörung, so sind drei Möglichkeiten zur Erklärung der Hemianopsie in's Auge zu fassen. Entsprechend dem Verlauf der centralen Opticusfaserung konnte der Herd erstens im hintern Theil des Thalamus opticus (Pulvinar) oder zweitens in der Marksubstanz des Hinterhauptslappens und im hintersten Drittel des Hinterschenkels der Capsula interna oder endlich in der grauen Rinde des Occipitallappens liegen. Die erste Möglichkeit musste von der Hand gewiesen werden, da bei den räumlich nahen Beziehungen des Pulvinar zu den Corp. geniculata und quadrigemina dann mit grosser Wahrscheinlichkeit auch eine mehr oder weniger umfangreiche und dauernde Störung in den conjugirten Augenbewegungen zu erwarten gewesen wäre.

Die letzte Möglichkeit, Zerstörung der Rinde des Occipitallappens, war gleichfalls nicht acceptabel, denn eine solche hätte die Hemianaesthesie und die hemiplegischen Erscheinungen, welche doch gleichzeitig mit der Sehstörung aufgetreten waren, unerklärt gelassen, man hätte denn die sehr unwahrscheinliche Annahme aufstellen müssen, dass auf ein Mal zwei Apoplexien an verschiedenen Stellen derselben Hemisphäre stattgefunden hätten, oder dass eine Hämorrhagie, durch welche nur die corticalen Sehcentra des Hinterhauptlappens zerstört wurden, ihre Druckwirkungen bis auf die entfernte Region der sensiblen und motorischen Bahnen ausdehnen könnte, ohne stärkere Erscheinungen des allgemeinen Hirndruckes zu verursachen.

Es blieb also nur die Vermuthung übrig, dass der apoplektische Herd seinen Sitz in der Marksubstanz des Occipitallappens habe, nahe genug vom Ende der Capsula interna und von den sensiblen und motorischen Fasern des Stabkranzes, um dieselben direct, wie man es für die sensiblen Faserzüge vermuthen konnte, oder indirect wie es für die Pyramidenbahn anzunehmen war, in Mitleidenschaft zu ziehen.

Die von mir vorgenommene genauere Untersuchung des Gehirns ergab denn in der That auch, dass es sich um einen grossen hämorrhagischen Herd handelte, welcher zum Theil im Hinterhauptslappen lag. Ein Blick auf Fig. II zeigt, dass alle Faserzüge, welche aus dem Cuneus und den hintersten Theilen des Occipitallappens zur Capsula interna und zum Thalamus opticus hinziehen, durch den Herd zerstört sein müssen, denn derselbe erstreckt sich von der Oberfläche der Hemisphäre bis an den lateralen Ventrikel und schneidet somit den ganzen Hinterhauptslappen gleichsam von der Capsula interna ab. Die aus dem Parietallappen stammenden motorischen, eventuell auch sensiblen Fasern, welche von oben aussen nach innen unten ziehen, konnten dagegen unzerstört über den Herd resp. vor demselben hinweg zur Capsula interna gelangen.

Die Hemianaesthesie, welche wohl zum Theil auf directe Einwirkung des das hinterste Ende der Capsula interna eben berührenden Herdes zurückzuführen ist, blieb denn auch fast unverändert bestehen. Die motorische Bahn, als im mittleren Drittel des hinteren Schenkels der Capsula interna verlaufend, dem hämorrhagischen Herd schon entfernter, war wohl nur indirect durch Druck etc. in Mitleidenschaft gezogen und erklärt sich daraus auch das ziemlich rasche Zurückgehen der motorischen Störungen.

Die vordere Hälfte des Herdes, welche mehr dem Temporallappen angehört, scheint keine klinischen Symptome hervorgerufen zu haben, doch ist über dieses Gebiet ja auch nichts Sicheres bekannt.

Mir scheint also der vorliegende Fall zu beweisen, und darin dürfte das klinische Interesse desselben liegen, dass eine permanente Hemianopsie, wenn sie mit Hemianaesthesie derselben Seite und vollends mit hemiplegischen Störungen verbunden ist, die Annahme einer Herderkrankung in der Markmasse des Hinterhauptslappens gestattet. Die Fälle von Seguin (Nr. 2 und 12) und die Erfahrungen dieses Autors bestärken mich in dieser Ansicht.

Was endlich die Frage betrifft, ob der Cuneus, wie Nothnagel (Nr. 7), Seguin und Noyes (Nr. 17) es vermuthen, oder ob die übrigen Rindentheile des Occipitallappens die eigentlichen Centra des optischen Wahrnehmens beherbergen, so lässt unser Fall dieselbe unentschieden, da alle nach vorn zur innern Kapsel ziehenden Fasern in den Bluthert eintreten und dort zerstört sein müssen, gleichgiltig, ob sie aus der medialen oder der dorsalen Partie der Rinde des Hinterhauptslappens stammen.

Die im beifolgenden Literaturverzeichniss zusammengetragenen Fälle habe ich leider nur in Referaten einsehen können, doch dürfte die Zusammenstellung derselben manchem Leser willkommen sein.

1. Richter. Hemianopsie bei Erweichung des Occipitallappens (Guttmann. Jahrb. für pract. Medicin) 1886, pg. 133.
2. Sigmund Exner. Ueber neuere Forschungsresultate, die Localisation der Hirnrinde betreffend (Mendel. Neurol. Centralbl. 1887, pg. 150).
3. Janeway. Hemianopsie bei Abscess im Hinterhauptslappen (Guttmann, Jahrb. der pract. Medic. 1887, pg. 137).
4. Seguin. Hemianopsie bei Verletzung des Hinterhauptslappens (das. pg. 495).
5. Kahler. Constantes Vorkommen der Hemianopsie bei cerebraler Hemiplegie (Erlenmeyer, Centrlbl. für Nervenh. und Psych. pg. 317).
6. De Schweinitz. Hemianopsie bei Läsion des Lob. pariet. inf. und des Gyr. ang. oder des Lob. occip. (das. pg. 715).
7. Laqueur. Hemianopsie gebunden an Störung. im Cuneus und I Occipitalwind. (Mendel. Neurol. Centrlbl. pg. 213).
8. Alfred Hinde. Hemianopsie bei umschriebener Erweichung im Hinterhauptslappen (Erlenmeyer. Centralbl. für Nervenh. und Psych. 1888, pg. 134).
9. Seguin. Diagnostische Regeln für versch. Formen der Hemianopsie (das. pg. 357).
10. Mooren. Originalmittheilung. Gesichtsstörungen in ihrem Abhängigkeitsverhältniss von Occipitallappenerkr. (Mendel. Neurol. Centrlbl. 1888, pg. 219).
11. Seymour Sharkey. Hemianopsie. — Folge von corticaler und subcorticaler Erkrankung d. Regio occipito-angularis (Mendel. Neurol. Centrlbl. 1888. pg. 243).
12. Ferrier. 7 Fälle cerebraler Hemianaesthesie (5, 6, 7 zugleich Hemianopsie, ebendas. pg. 244).
13. Bruns und Stoelting. Originalmittheilung. Ein Fall von Alexie mit rechtsseitiger Hemianopsie (das. pg. 481, 509).
14. L. Putzel. Corticale Hemianopsie (Erlenmeyer Centralbl. f. Nervenh. und Psych. 1889, pg. 140).
15. Hauer. Hemianopsie, Theilerscheinung frischer cerebraler Hemiplegie (das. pg. 140).
16. Alfred Saenger. Fall von corticaler Hemianopsie (das. pg. 519).
17. W. Noyes. Fall von lateraler Hemianopsie (Erlenmeyer, Centrlbl. 1890, pg. 121) ders. Fall genauer (Mendel. Neur. Centrlbl. 1890, pg 48).
18. Doyne. Hemianopsie bei Erweichung der Rinde des Occipitallappens (das. pg. 51).
19. J. Dejerine, P. Sollier et E. Ausche. Fall von Hemianopsie bei Erweichungsherd in den oberen Occipitotemporal- und Occipitalwindungen. Cuneus völlig intact. (Mendel. Neurol. Centrlbl. 1890, pg. 110).
20. M. Caswey. Hemianopsie, ein diagnostisches Merkmal bei Hirnerkrankungen (Erlenmeyer. Centrlbl. 1891, pg. 213).
21. ? Fall von Hemianopsie in Beziehung zum Cuneus (Mendel. Neurol. Centrlbl. 1891, pg. 53).

Referate.

A. Erlenmeyer: Ueber eine durch Syphilis bedingte Gehirnerkrankung. (Centralbl. f. Nervenheilkunde und Psych. 1891 Novemb.).

Verf. hat in 5 Fällen von Jackson'scher Epilepsie bei Kindern von 12—16 Jahren gefunden, dass dieselben Extremitäten, die von den Krämpfen befallen wurden, in ihren Grössenverhältnissen gegenüber den Extremitäten der anderen Seite zurückgeblieben waren. So fanden sich Armverkürzungen bis zu 3 Ctm., Beinverkürzungen bis zu 2 Ctm. Die Motilität der verkürzten Extremität war normal; nur fand sich eine geringere Stärke der erkrankten Extremität gegenüber der gesunden. Die Anamnese ergab, dass die Kranken im ersten oder in den ersten Lebensjahren von einer fieberhaften Erkrankung befallen worden waren, nach welcher sich die epileptischen Anfälle eingestellt hatten, sei es gleich in ihrer vollen Ausbildung oder allmälig. Verf. nimmt an, dass es sich um Gehirnentzündungen gehandelt hat und sucht die Wachsthumshemmung dadurch zu erklären, dass eine Entwicklungshemmung der zugehörigen Rindencentren stattgefunden habe, deren Ursache eben in dem entzündlichen Processe (Meningitis, Encephalitis) zu suchen sei. — Das Entstehen der Krämpfe in diesen Fällen möchte Verf. am ehesten dadurch erklärt sehen, dass ein meningitisches Exsudat angenommen wird, welches die betreffenden atrophischen Rindencentren reizt und dadurch die Krämpfe auslöst. Merkwürdig ist, dass Verf. in dreien von diesen Fällen die Thatsache feststellen konnte, dass der Vater der Patienten vor seiner Verheirathung syphilitisch war. In der Folge liess sich sogar für alle 3 Kinder die einwandsfreie Anamnese (durch den Hausarzt resp. Eltern) erheben, dass bei der Geburt resp.

in den ersten Lebensjahren Symptome von congenitaler Syphilis zur Beobachtung kamen. Verf. hält diese 3 Fälle von Jackson'scher Epilepsie für Folgezustände congenitaler Lues (hervorgerufen durch eine syphilitische Meningitis resp. Periencephalitis). Für die 2 übrigen Fälle liess sich dieser Nachweis nicht ohne weiteres führen. Endlich spricht Verf. den Gedanken aus, dass die sog. cerebrale Kinderlähmung und die Jackson'sche Epilepsie nur graduell von einander verschiedene Krankheitsbilder vorstellen und dass der Ausschlag für die eine oder andere Form gegeben werde durch die Ausdehnung der cerebralen Läsion.

Es sei daher in Zukunft bei genannten Affectionen strenger auf hereditäre Lues zu fahnden; man würde so vielleicht leichter zu einer Erklärung für das Entstehen der cerebralen Kinderlähmung kommen, wenn man nicht vergisst, dass eine latente congenitale Syphilis durch eine fieberhafte Erkrankung manifest werden kann. Kallmeyer.

Arendt: Ueber Mastcuren und ihre Anwendung bei chronischen Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. (Therap. Monatshefte Jan. 1892).

Verf. wandte die von Weir-Mitchell zuerst gegen schwere Neurasthenie und Hysterie empfohlene Curmethode bei Genitalleiden an. Die «Mastcur» besteht bekanntlich in Isolirung der Pat., Ruhe resp. Bettlage, Massage nebst Widerstandsbewegungen der schwedischen Heilgymnastik nach Thure-Brandt, Elektricität und Diät. Pat. müssen sich an das Milchtrinken gewöhnen und täglich 2—3 Liter Milch ausser ihren regelmässig eingenommenen Mahlzeiten zu sich nehmen. Die Menge der Nahrung wird allmälig gesteigert, ebenso die In- und Extensität der Massage (2—3 Mal täglich ¼—1 Stunde), welche durch Beschleunigung der Circulation und Hervorrufen von Müdigkeit das Nahrungsbedürfniss steigert. Schlafmittel können meist vermieden werden, die Obstipation giebt sich während der Cur von selbst oder wird mit Darmmassage und Faradisiren des Unterleibes bekämpft. Das Allgemeinbefinden bessert sich, der Stoffwechsel wird lebhaft, die Circulation intensiver, es wird Fett angesetzt. Die nervösen Symptome schwinden, die normale Libido sexualis stellt sich ein. Contraindicirt ist die Cur bei hereditärer Disposition zum Fettwerden und bei Individuen mit krankhaft gesteigerter Sinnlichkeit (für letztere passt die Hydrotherapie). Verfasser behandelte 22 gynäkologische Kranke und sah besonders gute Erfolge bei Dysmenorrhoe, Amenorrhoe (die Menses stellen sich ein), Endometritis und Metritis und para- resp. perimetritischen Exsudaten. Dabei schwillt der vergrösserte Uterus ab, die profusen Menorrhagien und Uterussecretionen lassen nach, die Exsudate werden in Folge gesteigerten Stoffwechsels resorbirt. Gute Erfolge sah Verf. auch bei Retroflexio uteri fixata, wo die Versuche den Uterus zu lösen zur Verschlimmerung der nervösen Symptome geführt hatten, und in drei Fällen von Tubensäcken. Die Cur ist kostspielig und umständlich.

W. Beckmann.

Eduard Spiegler: Das Thiophen und seine therapeutische Anwendung. (Therap. Monatshefte Nr. 2).

August Hock. Ueber chirurgische Anwendung des Thiophendijodid. (ebenda).

Das Thiophen, ein schwefelhaltiger Kohlenwasserstoff der aromatischen Reihe, wurde 1883 von Victor Meyer im Steinkohlentheerbenzol aufgefunden. In therapeutischer Hinsicht wurden in Betracht gezogen: 1. das thiophensulfosaure Natron und 2. das Thiophendijodid. Ersteres ist ein weisses Pulver, enthält 33 pCt. S., hat einen sehr schwachen, unangenehmen Geruch. Es wurde als 5—10 pCt. Salbe mit sehr gutem Erfolge bei Prurigo angewandt. In ca. 30 mit diesem Praeparate behandelten Fällen trat binnen kurzer Zeit (schon nach Ablauf einer Woche) stets der gewünschte Erfolg ein. Die Haut wurde glatt, die Verdickung ging zurück, das Jucken verschwand. In Fällen, wo die Prurigo mit starkem Ekzem sich combinirt, wo daher β-Naphtol contraindicirt ist, kann man eine Thiophensalbe ohne Bedenken anwenden. Das Thiophendijodid hat einen nicht unangenehmen, aromatischen Geruch. Es wurde vom Verf. als Ersatz für das Jodoform angewandt, namentlich als 10 pCt. Gaze. Culturen von Staphylococcus aureus blieben, nachdem sie mit Thiophendijodid bestreut worden waren, steril.

August Hock hat das Praeparat bei eiternden Wunden (Phlegmonen, complicirten Fracturen etc.) verwendet, ferner bei Mastitiden, Onychien, Caries. Es wurde entweder direct auf die Wunde aufgepulvert oder aber in Lösung gebracht (Thiopheni bijodati 50,0, Alkoh. rectif. Aeth. sulf. āā 500,0 Glycerini 10,0) auf Gaze. In allen Fällen war Hock mit der Substanz sehr zufrieden: sie erwies sich als desodorisirend und secretionsbeschränkend. Ekzeme wurden nach Anwendung des Thiophendijodid's nicht beobachtet, dagegen ging ein Jodoformekzem bei Ersatz von Jodoformgaze durch Thiophengaze ohne anderweitige Medication zurück. Wenn energische Desinfection gewünscht wird, so empfiehlt es sich das Pulver in Substanz in die Wunde einzubringen. Es verklebt im Gegensatz zu austrocknenden Pulvern nicht zu Schorfen, macht daher auch keine Secretretention. Auf Wunden in Substanz gebracht erzeugt es ein leichtes Brennen, das aber bald vollkommen verschwindet. Die Thiophengaze erzeugt aber kein Brennen. Die Desodorisation ist eine vollkommene und dem Jodoform weit überlegene. Die Granulationsbildung tritt zwar langsamer ein, als unter Jodoform, doch sind die Granulationen fester, kleiner und zeigen weniger Tendenz zur Wucherung. Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. C. Binz (Bonn): Vorlesungen über Pharmakologie für Studirende und Aerzte. 2. gänzlich umgearbeitete Auflage. Berlin 1891. Verlag von A. Hirschwald. VI. 732 S.

Die Vorlesungen über Pharmakologie von Binz nehmen unstreitig unter den pharmakologischen Handbüchern einen hervorragenden Platz ein, sowohl durch ihre Vollständigkeit, als auch durch die fesselnde und angenehme Darstellung des Stoffes, was für einen Wissenszweig, wie die Pharmakologie, von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist. Bei der ungemein rasch fortschreitenden Entwickelung des pharmakologischen Wissens ist nach einem verhältnissmässig kurzen Zeitraum eine erneuerte Auflage nothwendig geworden. Obgleich der Verf. in der letzteren alle neuen Forschungen auf dem Gebiete der Pharmakologie berücksichtigt, hat sie dennoch an Umfang nicht nur nicht zugenommen, sondern abgenommen, der Verf. hat es für zweckmässig erachtet, den Inhalt des Buches zu verdichten statt ihn auszudehnen. Streng vermieden hat der Verf. toxikologische Details, welchen keine Bedeutung für die ärztliche Praxis zukommt, ferner die Erwähnung von Debatten über noch nicht feststehende Thatsachen und Theorien. Die Literaturangaben sind möglichst vollständig und mit wenigen Ausnahmen nach dem Original gemacht.

Die Grundsätze, die den Verf. in der Behandlung der Pharmakologie überhaupt leiteten, hat derselbe am Ende des Buches in einer Schlussbetrachtung niedergelegt.

Das Werk beschliessen eine Tabelle der Maximaldosen der wichtigeren Arzneimittel nach der Deutschen Pharmakopoe, ein Sachverzeichniss und ein Verzeichniss der Autoren; die äussere Ausstattung und der Druck des Buches sind gut.

Möge die neue Auflage des ausgezeichneten Buches die ihr gebührende Anerkennung und Verbreitung finden. Hess.

Wissenschaftliche Verhandlungen der Dorpater medicinischen Facultät.

Sitzung am 27. Februar 1892.

Vorsitzender: Herr Thoma.
Berichterstatter: Herr R. Kobert.

1. Herr Kobert spricht über die Wechselbeziehungen zwischen Hämoglobin und thierischem Protoplasma.

Unter obigem Titel ist soeben von Dr. Gürber, Assist. des physiologischen Institutes in Würzburg, eine Mittheilung [1]) erschienen, welche den Vortragenden zu einer Prioritätserklärung veranlasst.

Bekanntlich hat Aug. Schwartz in seiner unter Alex. Schmidt angefertigten und dann selbständig im Buchhandel erschienenen Dissertation [2]) die Behauptung aufgestellt, er könne extra corpus durch isolirte Zellen das Haemoglobin zerlegen und aus den farblosen Componenten wiederaufbauen, ja mehr Haemoglobin zu Tage fördern, als ursprünglich vorhanden war. Schon bevor diese Arbeit im Druck erschien, hat Prof. Al. Schmidt die Ergebnisse derselben in einer wissenschaftlichen Sitzung der Facultät mitgetheilt und dabei nahe liegende berechtigte Einwände gegen die von ihm und von Schwartz vertretene Deutung der Ergebnisse der zu Grunde liegenden Versuche z. B. von Prof. Thoma und vom heutigen Vortragenden erfahren müssen. Nichts destoweniger ist Al. Schmidt bei seiner Ansicht geblieben, dass man in der That mit Zellenbrei Haemoglobin zerstören und wieder aufbauen könne. Nur einer seiner Doctoranden, Nicolai Höhlein, hat in seiner 3 Jahre später erschienenen Dissertation [3]) die Schwartz'schen Ergebnisse zum Theil angezweifelt. Bei dem ungeheuren Interesse, welches die Thatsache des künstlichen Aufbaus von Haemoglobin für die gesammte theoreti-

[1]) Sitz. Ber. der Würzburger Physik. med. Gesellschaft Jahrg. 1891, sechzehnte Sitzung.

[2]) Ueber die Wechselbeziehungen zwischen Haemoglobin und Protoplasma etc. Inaug. Dissert. Dorpat 1888 und Monographie, Jena bei Fischer.

[3]) Ueber die Einwirkung der Milzzellen auf das Haemoglobin. Inaug. Diss. Dorpat, 1891.

sche Medicin hat, hat auch der Vortragende es nicht an Versuchen fehlen lassen, welche zur Klärung dieser Entdeckung beitragen sollten. Er hat die Schwartz'schen Versuche sehr oft wiederholt, hat aber niemals eine wirkliche Zerstörung des Haemoglobins wahrgenommen sondern stets nur eine Fällung desselben, die später mit eintretender Fäulniss wieder schwindet. Von einer wirklichen Vermehrung war dabei gar nichts wahrzunehmen. Immerhin ist die Arbeit von Aug. Schwartz, auch wenn wir nur diese eine Thatsache aus derselben gelten lassen, nämlich dass Milzzellen und überhaupt Protoplasmamassen aus Haemoglobinlösungen den Farbstoff zu fällen vermögen, eine hoch interessante und verdienstliche. Es fragt sich jetzt nur, wie diese Fällung, welche übrigens auch z. B. von Leberzellen prompt ausgeführt wird, zu stande kommt. Der Vortragende glaubt für diese merkwürdige Erscheinung die richtige Erklärung gefunden zu haben und hat sich darüber in einem von Experimenten begleiteten Vortrage [1]), welchem leider Prof. Al. Schmidt nicht beiwohnte, schon im Frühjahr 1891 ausgesprochen. Der gedruckte Bericht dieses Vortrages ist wenige Wochen später erschienen (als Separatabdruck) und an verschiedene Gelehrte versandt worden, ja er ist auch sogar bereits referirt und mehrfach citirt worden (z. B. vom Oesterreichisch-Ungarischen Centralblatt). Nichts destoweniger ist er nicht sehr bekannt geworden, so dass hier noch einmal das Ergebniss desselben kurz wiedergegeben werden möge. Es lautet: «Die von Zellbrei hervorgebrachte Fällung des Haemoglobins ist ein Reductionsvorgang, wobei das Haemoglobin in eine in Wasser unlösliche Modification übergeht, die man vorläufig mit Anlehnung an die Nenckische Nomenclatur als ein Parhaemoglobin bezeichnen kann. Ein ganz ähnlicher Vorgang lässt sich auch ohne Zellbrei in Haemoglobinlösungen durch reducirend wirkende Partikelchen von Zink (d. h. durch Zinkstaub) hervorrufen. Fäulniss führt, wenn dabei mit Luft geschüttelt wird, wieder Lösung des Parhaemoglobins herbei».

Als der Vortragende zum Zweck wissenschaftlicher Studien sich im Sommer 1891 in Würzburg aufhielt, erfuhr er von Prof. Fick, dass Dr. Gürber mit Experimenten nach Schwartz's Angaben beschäftigt sei. Um Herrn Gürber in keiner Weise in seinen Forschungen zu beeinflussen, wurde ausgemacht von den beiderseitigen Versuchen nicht zu reden, und so liegen nun die Gürber'schen Ergebnisse jetzt ganz vom Vortragenden unbeeinflusst vor. Auch Gürber hat weder eine Zerstörung noch eine Neubildung von Haemoglobin constatiren können, sondern erklärt wie der Vortragende die Entfärbung der Haemoglobinlösung durch Fällung des Farbstoffes und zwar — abweichend vom Vortragenden — durch eine rein physikalische Fällung ohne chemische Umwandlung. Sei dem, wie ihm wolle, jedenfalls möchte der Vortragende die Priorität der Erklärung der Schwartz'schen Versuche für sich in Anspruch nehmen. Er gedenkt in einem anderen Blatte ausführlicher den ganzen Gegenstand zu besprechen.

2. Herr Dehio berichtet über zwei Fälle von Diabetes mellitus leichterer Form, bei denen er nach Lewaschew's Empfehlung das neue Mittel Sizygium Jambolanum versucht hat. Angewandt wurden die gepulverten Saamen der Pflanze in Dosen von 30 bis 60 Gramm täglich. Ein Erfolg wurde nicht erreicht, indem weder die tägliche Harnmenge, noch das täglich ausgeschiedene Zuckerquantum sich verminderte. Ob dieser Misserfolg auf die Mangelhaftigkeit des Präparates und die ungeeignete Form der Verordnung zurück zu führen ist oder ob die beiden Krankheitsfalle an sich dieser Therapie nicht zugänglich gewesen sind, lässt Redner dahingestellt. Beide Falle werden durch Dr. Gerlach in dieser Zeitschrift veröffentlicht werden.

3. Herr Dehio bespricht ferner einen von ihm beobachteten Fall von schwerer perniciöser Anämie, bewirkt durch Bothriocephalus latus. In den Faeces des 36jährigen äusserst anämischen, schwachen Mannes fanden sich massenhaft Bothriocephaleneier. Die Krankheit endete letal, aber bei der Section fand sich, wie das schon öfters beobachtet worden ist, kein Bothriocephalus, wohl aber waren auch in dem der Leiche entnommenen Darminhalt massenhaft die Eier dieses Parasiten vorhanden.

Am drittletzten und vorletzten Lebenstage des Kranken waren Blutkörperchenzählungen vorgenommen worden, welche 68,000 resp. 72,000 rothe Blutkörper pro Cub. Mm. Blut ergaben. Am letzten Lebenstage wurden dem Kranken 1110 Cub.-Cmtr. physiologischer Kochsalzlösung intravenös injicirt und gleich darauf wieder die Blutkörperchen gezählt, deren sich nunmehr blos 47,000 pro Cub.-Mm. Blutes vorfanden. Aus diesen Zahlen lässt sich berechnen, dass das gesammte im Körper des Kranken vor der Kochsalzinfusion vorhandene Blutquantum 2,35 Liter betragen hat. — Der Patient wog 52,4 Kilo und hätte somit als normales Quantum 3,8 Liter Blut beherbergen müssen. Es ist somit der Beweis geliefert, dass in diesem Fall die perniciöse Anämie sich nicht nur in einer relativen Verminderung der Blutkörperchenzahl, sondern auch in einer sehr bedeutenden Verkleinerung der gesammten Blutmasse geäussert hat.

Vortragender behält sich eine ausführlichere Veröffentlichung des Falles vor.

[1]) Ueber ein neues Parhaemoglobin. Sitzungsberichte der Dorpater Naturforschergesellschaft Bd. IX, Heft 3, p. 446.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 21. Januar 1892.

1. Herr Kallmeyer stellt eine Patientin vor mit Dystrophia muscularis progressiva (Erb) (Pseudohypertrophie der Muskeln).

Pat. 10 Jahre alt, unehelich geboren. Vater früher Potator, seit seinem 44. Lebensjahre hemiplegisch. Mutter und 7jährige Schwester gesund. Pat. entwickelte sich bis zum 3. Lebensjahre gut und bot keine Abnormitäten dar, machte dann eine fieberhafte Erkrankung durch, mit Bewusstseinsverlust und Krämpfen; seit jener Zeit wurde das Gehen und Laufen erschwert und es gesellten sich Störungen der Körperhaltung hinzu.

Status: Lendenlordose, vorspringender Bauch, watschelnder Gang, abstehende Schulterblätter, Glutaeal- und Wadenmuskulatur voluminös, Oberschenkel und Oberarme dünn, lose Schultern, Emporklettern an den Beinen beim Erheben vom Boden. Deutlich atrophisch die Mm. pectorales, deltoidei, cucullares, latissimi, bicipites brachii, coracobrachiales, tricipites, supinatores longi, serrati ant. maj, rhomboidei, supraspinati, infraspinati, sacrolumbales, extensores cruris quadr., sartorii, adductores. In geringerem Maasse: die Mm. intercostales und die kleinen Handmuskeln. Hypertrophisch: die Glutaeal- und Wadenmuskulatur. Normal: die übrigen Muskeln und die Gesichts-, Kau- und Zungenmuskulatur. Geistige Entwicklung gut; keine Schädelasymmetrien, keine Sensibilitäts-, keine Sphinkterenstörungen, keine Contracturen, keine fibrillären Zuckungen. Mechanische und elektrische Erregbarkeit der Muskeln einfach herabgesetzt. Keine Ea R. Zuweilen Marmorirung der Haut. Beim Eintritt Tremor bei Spreitzung der Finger; jetzt geschwunden. Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten fehlend, an den oberen herabgesetzt.

Im Anschluss an die Demonstration theilt Vortragender der Gesellschaft einiges über das Wesen dieser seltenen Erkrankung mit, wobei die neueste Arbeit Erb's besondere Berücksichtigung erfährt.

2. Herr Anders referirt in längerem Vortrage über die operative Behandlung angeborener anomaler Ausmündungen des Rectum's so wie angeborener analer und rectaler Atresien. Bis auf die 1860 erschienene statistische Arbeit von Curling (Med. chir. Transact. XLIII) aus der Literatur möglichst alle casuistischen Beiträge benutzend, welche in der 1882 von Cripps (Saint Bartholomew's Hospital reports. vol. XVIII. London) verfassten Zusammenstellung noch nicht statistisch verwerthet waren, ergänzt A. dieselben durch 21 von ihm operirte Fälle dieser Hemmungsbildung zu der Zahl 100. So wurde ein Vergleich mit den Statistiken gleicher Zahl der beiden oben genannten Autoren möglich. Den embryologischen Theil nicht in den Vortrag hineinziehend, die Aetiologie und Häufigkeit des Vorkommens kurz berührend, bespricht Vortr. zunächst die einzelnen Gruppen dieses Leidens, um sogleich auf die operative Seite überzugehen. Punctur und einfache Perinaealincisionen an der Hand des gesammelten Materiales verwerfend, polemisirt A. eingehender gegen die Kolotomie, als eine bis auf's äusserste zu vermeidende und fast in allen Fällen vermeidliche Operation. A. weist nach, dass in einer grossen Reihe von Fällen nach sehr ungenügend weitem Vordringen vom Perinaeum aus, die Operation unterbrochen und der Anus praeternaturalis angelegt wurde. In vielen Fällen, die sich nachträglich als leicht vom Perinaeum aus operirbar erwiesen, wurde eine Proktoplastik überhaupt nicht versucht. Das relativ häufige nicht Finden des Mastdarmes, wie es bis zur Stunde mitgetheilt wird, beruhe auf bisher nicht genugsam gefestigten Indicationen der proktoplastischen Methode, welcher A. die ausschliessliche Berechtigung zuspricht. Von diesem Gesichtspunkte ausgehend hat A. in allen von ihm operirten Fällen den Mastdarm vom Damme aus zu erreichen gesucht, was ihm auch in allen Fällen ohne Ausnahme gelungen ist. A. räth dringend, bei fehlendem Rectum nach Strohmeier die Bauchhöhle von unten her zu perforiren, was Leisrink 1872, und in einem von ihm operirten Falle mit befriedigendem functionellem Resultate glückte, — ebenso in äussersten Fällen zu dem Macleod'schen Verfahren zu greifen, den Leib zwischen Nabel und Symphyse zu öffnen, den meist stärker gefüllten Darmblindsack mit der Hand gegen den Damm zu leiten, von oben her das Peritoneum zu perforiren und den Darm an normaler Stelle einzunähen. Bei Atresia recti exstirpirt A. ausnahmslos die Schleimhaut des Analblindsacks, was ohne Verletzung der Sphinkteren ausführbar, weil nur auf diesem Wege die Proktoplastik correct zu beendigen sei. Zur Resection

des Os coccygis hat Vortr. nur einmal Zuflucht nehmen müssen. Bei Anus vaginalis dem Dieffenbach-Rizzoli'schen Verfahren der Proktoplastik mit Abtrennung der Fistel von ihrer vaginalen Insertion das Wort redend, hält A. ein ähnliches Verfahren beim Anus vesicalis für das, nach dem jetzigen Stande der Dinge, einzig berechtigte Verfahren. Betreffs des Anus vaginalis spricht sich A. für frühzeitiges Operiren aus, da bereits in etwas späterer Zeit die grössere Rigidität und Resistenzfähigkeit der Gewebe ein ausgiebiges Lösen des Mastdarmes aus seiner Umgebung wesentlich erschweren und die Prognose verschlimmern. Ausgiebige Lösung des Darmblindsackes aber betont A. seiner Erfahrung gemäss als die Vorbedingung erfolgreichen Vorgehens beim proktoplastischen Verfahren in schweren Fällen. Verkürzte Beckendimensionen, wie sie namentlich der Atresia ani et recti eigenthümlich, vermehren oft sehr namhaft die Schwierigkeiten der Operation und seien in Fällen pathognomonisch verwerthbar. Dagegen dürfe constatirte Beckenenge durchaus nicht, wie noch in jüngster Zeit behauptet worden, als das proktoplastische Verfahren contraindicirend angesehen werden. — Gegenüber den oft unvollständigen Angaben über die weiteren Schicksale des Operirten, legt A. grösseres Gewicht auf die von ihm operirten und bis zum 10. Jahre in ihrer weiteren Entwickelung beobachteten Fälle.

Auf den statistischen Theil übergehend macht A. zunächst auf die Schwierigkeiten aufmerksam, die sich dem Sammler einer Casuistik entgegenstellen, bei der grossen Vorliebe, günstige Fälle mitzutheilen, und ist geneigt, der Zusammenstellung eines einzelnen Autors, der alle seine Erlebnisse mittheilt, eine unvergleichlich grössere Verwerthbarkeit zuzusprechen. Ebenso seien die procentischen Zahlen bei ihrer relativen Kleinheit nur mit Vorsicht zu nehmen. Würden sich doch die Zahlen für jede einzelne Gruppe bei den sehr verschiedenen und wechselnden Factoren, welche bei jedem Falle zu berücksichtigen sind (wie Alter, Geschlecht, Complicationen mit anderen angeborenen Zuständen, Termin der Operation, Art des operativen Verfahrens, Nährfähigkeit der Mutter u. s. w.), auf sehr wenige reduciren müssen. Eine Uebersicht der A.'schen Statistik zeigt die grösste Sterblichkeit nach Kolotomie, und zwar bezieht sich dieses im Gegensatz zur Cripps'schen Anschauung sowohl auf den primär als den secundär angelegten Anus praeternaturalis. — Die nächst grösste Mortalität gehört der Punctur an. A. scheidet streng die Proktoplastik von der blossen Perinaealincision in seiner Zusammenstellung. Letztere folgt in der Mortalitätsziffer der Punctur. Die geringste Mortalität nimmt die Proktoplastik in Anspruch. — Nach einer vergleichenden Zusammenstellung seiner Statistik mit denen von Curling und Cripps, und auf eigene Erfahrungen zurückgreifend, spricht A. der Kolotomie jede Berechtigung ab, weist auf die günstigeren Verhältnisse der Proktoplastik gegenüber allen anderen operativen Eingriffen hin, und sieht den Fortschritt in der Entwickelung letzterer Operation für extreme Fälle in ihrer Erweiterung durch Zuhülfenahme der Perforation der Bauchhöhle vom Damme aus, und der Laparotomie. (Die umfangreiche Arbeit ist für den Druck bestimmt).

Herr Schmitz schliesst sich den Ausführungen A.'s zu Gunsten der Proktoplastik an:

Im Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg sind von 1870 bis 1891 (22 Jahre) zur Beobachtung und Operation gekommen: 74 Fälle von angeborenem Darmverschluss, davon 58 Knaben (=78 pCt.) und 16 Mädchen (=22 pCt.). Es waren vertreten:

Die Atresia ani . . . . . mit 8 Fällen.
Darunter 1 membranacea.

Die Atresia recti . . . . mit 54 Fällen.
Darunter 2 membranaceae.

Der Anus perinaealis . . mit 1 Fall.
» » vesicalis . . . » 1 »
» » urethralis . . . » 4 Fällen.
» » vaginalis . . . » 6 »

(letztere Form betraf Kinder von 13 Tagen, 2 Monaten, 2½ Monaten, 10 Monaten, 1¾ Jahr und 6 Jahren).

Es wurden ausgeübt:

Die Proktotomie (=einfache Incision bei häutigem Verschluss) in 2 Fällen mit 0 pCt. Mortalität.

Die Proktoplastik in 69 Fällen, — Mortal. = 49 pCt.

Die Kolotomie in 3 Fällen mit 100 pCt. Mortalität.

Dass die Sterblichkeit sich mit den Jahren verringert hat, beweisen folgende Ziffern: in den ersten 12 Jahren (1870—1881) kamen auf 22 Operirte 16 Todesfälle =73 pCt. Mort. — in den folgenden 5 Jahren (1882—1886) auf 21 Operirte 11 Todesfälle =52 pCt. Mort., — in den letzten 5 Jahren (1887—1891) auf 31 Operirte 10 Todesfälle =32 pCt. Mort. —

3. Im Anschlusse hieran demonstrirt Herr Schmitz das Präparat eines Falles von Atresia ani et urethrae.

Krankheitsgeschichte: Kind weibl. Geschlechtes, 36 Stunden alt, mit 2970 Gr. Körpergewicht. Hochgradige Cyanose, insbesondere der unteren Extremitäten. Abdomen trommelartig gespannt; Bauchdecken, Geschlechtstheile und untere Extremitäten stark oedematös. An Stelle des Afters eine kleine Hautfalte. Aeussere Genitalien scheinbar normal entwickelt. Beim Auseinanderfalten der kleinen Schamlippen zeigt sich ein ziemlich weiter, mehrere Centimeter langer, blindendender Kanal (Scheide?), doch darüber keine Urethralöffnung. Das Kind hat bisher nicht urinirt. — Der Versuch, an normaler Stelle auf blutigem Wege einen Zugang zur Blase zu schaffen, war erfolglos. Es wurde nun die Proktoplastik ausgeführt, wobei neben Meconium auch etwas Flüssigkeit sich entleerte, wahrscheinlich Harn. Trotz der jetzt supponirten Communication zwischen Blase und Darm wurde darauf zur Epicystotomie geschritten, um den Urinabfluss sicherzustellen. Dieselbe gelang leicht ohne Bauchfellverletzung. Annähung der Blasenwand an die äussere Wunde. In der Blase nur wenig Urin. — Nach 41 Stunden Tod.

Das Präparat zeigt im Wesentlichen folgendes: der an seinem Ende stark verengte, daselbst mit zahlreichen feinen Längsfalten (Morgagni'sche Taschen) versehene Darm mündet in eine embryonale Kloake, welche durch die Operation eröffnet und an die Dammwunde angenäht worden war. In dieselbe Kloake münden mit getrennten Oeffnungen 2 Vaginen sowie durch eine 4. Oeffnung die Urethra, die auf geradem Wege in die Blase führt. In diese letztgenannte Oeffnung mündet aber auch ein feiner Gang, durch welchen eine Sonde in den zwischen den kleinen Schamlippen sich nach aussen öffnenden Kanal eindringt. Es besteht ferner ein Uterus septus, desgleichen eine Vagina septa, von welcher die eine Hälfte ausserordentlich weit ist. Der rechte Ureter ist in seinem untersten Theil auch für eine feine Sonde unpassirbar, der linke dagegen vollkommen durchgängig. — (Eine eingehendere Untersuchung und Beschreibung des Präparates ist von anderer Seite in Aussicht genommen).

Secretär: E. Blessig.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Hagedorn (Hamburg) heilte unter 24 Fällen von Diphtherie des Pharynx 23 nach 2—7 Tagen durch eine galvanokaustische Behandlung. Es waren darunter auch schwere, gangränöse Formen. Durch Ausbrennen der afficirten Stellen werden statt der diphtheritischen Geschwüre einfache Brandschorfe hervorgerufen, den Bacillen ein undurchdringlicher Riegel gesetzt, die locale Ausbreitung sowie die Allgemeininfection und Ansteckung verhindert. Instrumente: Transportable, galvanokaustische Batterie und einige Platinbrenner. Am besten geeignet zur Operation ist die Diphtherie der Mandeln, des weichen Gaumens, Zäpfchens und der hinteren Rachenwand. Operation schmerzlos, event. Cocain oder Chloroform.

(Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28 u. 29).

— Drapes (Quarterly therapeut. review) empfiehlt Ipecacuanha gegen Wehenschwäche sowohl im ersten als auch im zweiten Geburtsstadium. Man giebt 2—3 mal in Intervallen von 10 Minuten 10—15 Tropfen Vinum Ipecacuanhae. Als Vorzug des Mittels giebt D. an, dass es nicht wie Secale cornutum tetanische Contraction des Uterus verursacht.

Vermischtes.

— In der vorigen Nummer der Wochenschrift haben wir in Kürze gemeldet, dass sämmtliche Landschaftsärzte des Ssaratowschen Kreises in Folge der Aufhebung des Sanitäts-Conseils und wegen beleidigenden Gebahrens des Präsidenten des Ssaratower Landschaftsamtes ihren Abschied eingereicht haben. Heute können wir bereits Genaueres über das mannhafte Auftreten der Ssaratowschen Collegen berichten, da dieselben in einer Zuschrift an den «Wratsch» die erbärmliche Lage der Landschaftsärzte schildern und ausführlich die Gründe darlegen, welche sie zu dem äussersten Schritte genöthigt haben. Beigefügt ist diesem Schreiben ein Protokoll der «Ssaratower Abtheilung des ärztlichen Rechtsschutzvereins», welche nach Prüfung dieser Angelegenheit beschlossen hat, zu Gunsten der beleidigten Aerzte einzutreten und durch das Medicinaldepartement eine gesetzliche Regelung der Beziehungen der Landschafts-Institutionen zu den Landschaftsärzten anzustreben.

Der Sachverhalt ist im Wesentlichen folgender: Seit dem Jahre 1887 befand sich das Medicinalwesen im Ssaratower Kreise unter der Leitung eines Sanitätsconseils, welches aus 8 Deputirten der Landschaft und sämmtlichen Landschaftsärzten des Kreises bestand. Den Vorsitz im Conseil führte ein Deputirter nach der Wahl der Landschaftsversammlung. Bei dieser Einrichtung gedieh das Medicinalwesen des Kreises, wie die Landschaftsversammlungen oftmals anerkannt haben, vortrefflich: die Aerzte wurden ausschliesslich vom Conseil angestellt und entlassen; im Conseil hatten die Aerzte selbstverständlich ebenso eine entscheidende Stimme, wie die übrigen Mitglieder. Als aber im September vorigen Jahres durch die Wahlen der Personalbestand der Landschaftsversammlung und des Landschaftsamtes sich veränderte, traten auch ganz unerwartet für die Aerzte Aenderungen im Medicinalwesen des Ssaratowschen Kreises ein. Zum Vorsitzenden des Sani-

tätsconseils wurde der Präsident des Landschaftsamtes Kropotow gewählt, welcher gleich bei Beginn seiner Thätigkeit eine eigenthümliche Stellung den Landschaftsärzten und überhaupt dem Medicinalwesen gegenüber einnahm. So empfahl er den Aerzten statt des Jods—Terpentinöl, statt des krystallinischen salicylsauren Natron — das amorphe anzuwenden und dergl. m.; er bestand darauf, dass künftig die Medicamente nicht aus dem Auslande, wo sie billiger sind, verschrieben, sondern aus dem unbedeutenden örtlichen Apothekermagazin eines gewissen Toropzew bezogen würden und verlangte eine Einschränkung der ohnehin kärglichen Ausgaben für Medicamente von 8,000 auf 5,000 Rbl.; ferner stellte er, gegen das Gesetz und den Protest der Aerzte, von sich aus einen ganz unfähigen Militär-Feldscher auf einem selbständigen Feldscherpunkte an und verbot dem Arzte mit irgend welchen Vorstellungen in dieser Angelegenheit bei dem Landschaftsamt einzukommen. Ueberhaupt verhielt er sich den Aerzten gegenüber äusserst anmaassend und beachtete ihre Meinungen und Vorschläge nicht im Geringsten.

In Folge dieses beleidigenden Gebahrens des Landschaftspräsidenten sahen sich die Landschaftsärzte des Ssaratowschen Kreises veranlasst, bei der ausserordentlichen Landschafts-Versammlung am 28. Februar d. J. mit dem Antrage einzukommen, die gegenseitigen Beziehungen zwischen ihnen und dem Landschaftspräsidenten zu untersuchen und die bisherige Einrichtung des Sanitäts-Conseils beizubehalten.

Die Landschaftsversammlung ignorirte aber nicht nur mit grosser Majorität die gerechten Forderungen der Aerzte, sondern hob sogar das bisherige Sanitätsconseil ganz auf und setzte statt desselben eine Commission von 11 Deputirten ein, von welcher die Aerzte als Glieder ausgeschlossen wurden. Die Aerzte können zwar von dem Landschaftsamte zu den Sitzungen dieser Commission hinzugezogen werden, haben aber kein Stimmrecht — selbst in rein medicinischen Fragen nicht. In derselben Versammlung fielen auch beleidigende Aeusserungen gegen die Aerzte und es wurde sogar die Frage betreffs der gegen die Epidemien im Kreise zu ergreifenden Maassregeln ohne Hinzuziehung der Aerzte entschieden.

Somit hat die Landschaftsversammlung mit einem Schlage die ganze bisherige bewährte Einrichtung des Medicinalwesens vernichtet und eine Missachtung gegen ihre Aerzte, von denen einige schon 6—12 Jahre in diesem Kreise thätig sind, bewiesen. Es blieb daher sämmtlichen elf Aerzten (Aptekmann, Amsterdamski, Nikolajew, Gromow, Noskow, Schmucker, Iwanowa, Saposhnikow, Snjewotscheski, Knorre und Nikolski) kein anderer Ausweg übrig, als den Dienst zu quittiren. Bis zur Neubesetzung der Stellen bleiben jedoch diese Aerzte in ihrer bisherigen Function, um den Kreis nicht plötzlich ohne ärztliche Hülfe zu lassen.

Die «Ssaratower Abtheilung des ärztlichen Rechtsschutzvereins», der die obigen Landschaftsärzte des Ssaratowschen Kreises ihre Handlungsweise zur Beurtheilung unterbreiteten, hat nach sorgfältiger Prüfung einstimmig folgende Beschlüsse gefasst: 1) den obigen 11 Collegen ihre volle und innige Sympathie auszudrücken und deren mit der ärztlichen Würde vereinbare Handlungen bedingungslos gutzuheissen, denn der Arzt, dem die Gesundheit einer grossen Bevölkerung anvertraut wird, ist kein einfacher Miethling, wie man ihn fälschlich und ungerechter Weise zu behandeln liebt; 2) den seitens einiger Deputirten erhobenen Vorwurf, dass die Aerzte die Bevölkerung des Kreises im kritischen Augenblick der Entwickelung von Epidemien verlassen wollen, als ungerecht anzusehen, da die Sache sich faktisch nicht so verhält; 3) die Verwaltung zu beauftragen, in nächster Zeit durch das Medicinaldepartement eine Regelung des Verhältnisses der Aerzte zu der Landschaft auf dem Wege der Gesetzgebung zu erwirken; 4) eine Abschrift des Protokolls an die Hauptverwaltung des Rechtsschutzvereins in St. Petersburg, den Gouverneur von Ssaratow und die Ssaratowsche Landschaftsversammlung zu senden; 5) die medicinischen periodischen Zeitschriften um Abdruck des betreffenden Protokolls zu bitten.

Wie wir hören, stimmt der hiesige ärztliche Rechtsschutzverein den Beschlüssen der Ssaratower Abtheilung vollkommen zu und wird ihr daher seine volle moralische Unterstützung zu Theil werden lassen. Bf.

— In der Jahresversammlung der russischen medicinischen Gesellschaft bei der Warschauer Universität werden gewählt: Zum Präsidenten — der Professor der Anatomie M. D. Tschaussow, zum Vicepräsidenten — der Professor der medicinischen Chemie und Physik M. J. Schalfejew, zum Secretär — Dr. A. A. Lagodowski, zum Cassirer — Dr. L. J. Rklizki und zu Gliedern der Redactions-Commission — der Professor der pathologischen Anatomie S. M. Lukjanow und der Medicinalinspector P. A. Troizki.

— Verstorben: 1) Am 4. März in St. Petersburg der ältere Ordinator des hiesigen städtischen Barackenhospitals, Dr. Wl. I. Antonow, im 33. Lebensjahre. Der Verstorbene war ein Schüler der medico-chirurgischen Akademie, an welcher er im Jahre 1884 den Cursus absolvirte. A. ist vielfach literärisch thätig gewesen. Ausser seiner Dissertation «Ueber Kehlkopfgeschwüre beim Abdominalthyphus» hat er einen Aufsatz über «Antipyrin und Thallin beim Abdominalthyphus» und mehrere casuistische Mittheilungen veröffentlicht. Der Hingeschiedene hat seine Frau mit zwei unmündigen Kindern ganz mittellos zurückgelassen. — 2) Am 27. Februar in Kasan der Prosectorgehülfe beim Lehrstuhl der chirurgischen Pathologie und Therapie, A. E. Michailow, im 28. Lebensjahre an der Schwindsucht. 3) Am 8. Februar der Arzt Leo Eysymont im 66. Lebensjahre. E. war nach Absolvirung des Curses an der Moskauer Universität anfangs Bezirksarzt des Moskauer Domänenhofs und zuletzt Hausarzt in der gräflichen Familie Scheremetjew. 4) Am 29. Februar in Romny der dortige freipracticirende Arzt, Staatsrath M. I. Kusnezow, im 63. Lebensjahre. K. war anfangs Militärarzt im Krimmkriege, darauf Hausarzt des reichen Gutsbesitzers Kukol-Jasnopolski und seit 1869 Arzt in Romny. 5) Am 8. März auf seinem Gute Lysohn (Livland) Dr. Ferdinand Baron Wolff. Am 29. August 1830 in Livland geboren, bezog W. im Jahre 1849 die Universität Dorpat, an welcher er bis 1854 Medicin studirte und im Jahre 1856 zum Doctor medicinae promovirt wurde. Wenn der Hingeschiedene der Medicin auch nie ganz entfremdet ist, so hat er doch die ärztliche Praxis mehr in freundlicher Fürsorge für die ihn umgebende Landbevölkerung ausgeübt und auf einem anderen Gebiete, der Landwirthschaft, einen ehrenvollen Namen in seiner Heimath sich errungen. 6) Am 15. März in Helsingfors der emeritirte Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie Staatsrath Dr. Pippinskjöld. Der Verstorbene gehörte zu den beliebtesten und angesehensten Aerzten und Universitätslehrern von Helsingfors. Sein auf eine halbe Million finnländische Mark sich belaufendes Vermögen hat er grösstentheils zu wohlthätigen und gemeinnützigen Zwecken testamentarisch vermacht, so zum Besten einer Gebäranstalt mit humanitärem und wissenschaftlichem Zwecke 100,000 Mark, zur Errichtung einer neuen Professur für Physik an der Alexander-Universität zu Helsingfors 200,000 Mark, der Wittwencasse 80,000 Mark und dem finnländischen Aerzteverein 20,000 Mark. 7) In Berlin der frühere Lehrer der Zahnheilkunde am zahnärztlichen Institut der dortigen Universität, Prof. Carl Sauer, welcher sich grosse Verdienste um die Entwickelung der Zahnheilkunde erworben hat. Namentlich haben seine Methoden und Vorrichtungen, Defecte im Gaumen zu verschliessen, allgemeine Anerkennung gefunden.

— Während der gegenwärtig in Kasan herrschenden Flecktyphusepidemie haben viele Ordinatoren des dortigen Landschaftshospitals, welches von Typhuskranken überfüllt ist, bereits den Flecktyphus durchgemacht, so die DDr. Poroschin, Ostrowski, Teplow, Dolgow, Kytmanow, Arnoldow, Pitkainen, Kolomarow, Worms, Lewtschatkin und Andere.

— Aus St. Petersburg begiebt sich in diesen Tagen die erste Partie von 10 Studenten des letzten Cursus der militär-medicinischen Akademie in's Ssamarasche Gouvernement, um als freiwillige Theilnehmer in die dortigen Sanitätsabtheilungen zu treten. Wr.

— In Anlass der in der Tagespresse aufgetauchten Gerüchte über ein von irgendwelchen Beamten ausgearbeitetes und bereits im Reichsrath vorgestelltes Project zur Regulirung des ärztlichen Honorars, klagt die «Medicina» mit Recht darüber, dass in einer für die Aerzte so wichtigen Frage weder die medic. Gesellschaften, noch die Facultäten um ihre Meinung gefragt worden seien, und eifert gegen die dem Project zu Grunde liegende Annahme, dass für das Publikum ärztliche Hülfe nur schwer und theuer erreichbar sei, dass es von den Aerzten exploitirt werde. Das Umgekehrte sei der Fall, wofür als Beweis ein Artikel des bekannten Prof. Janson (Journal d. Ges. zur Wahrung d. Volksgesundheit 1889) herangezogen wird, in dem sich folgende interessante Daten finden: «Abgesehen von den Hospitälern des Militärressorts, die eine specielle Bestimmung haben, von den Kliniken der milit. med. Akademie, die zu Lehrzwecken bestimmt sind, von verschiedenen kleinen Hospitälern bei Lehranstalten, von einer Menge Privathospitälern, von den Fabriks- und Gefängnisshospitälern u. s. w. giebt es in St. Petersburg 54 Hospitäler mit über 7500 Betten, fast ausschliesslich zur Behandlung des ärmsten Theiles der Bevölkerung bestimmt, und 70 Ambulatorien d. h. ein Hospital und ein Ambulatorium auf 7500 Einwohner, ein Bett auf 127 Einwohner. Die Ausgaben für ganz oder fast ganz unentgeltliche Behandlung übersteigt 2400000 Rbl. so dass 2 Rbl. 60 Cop. auf einen Einwohner kommt. In den Hospitälern wurden im J. 1889 behandelt 75763 Menschen, in den Ambulatorien aber mehr als 690000 bei mehr als 2 Millionen Besuchen. Das macht zusammen 765000, also 80 pCt. der Bevölkerung St. Petersburgs»! Wohlverstanden nach Abzug aller derjenigen, die in den oben genannten, von der Berechnung ausgeschlossenen Hospitälern behandelt wurden. Da es wohl nicht anzunehmen ist, dass 80 pCt. der Bevölkerung St. Petersburgs aus unbemittelten Leuten besteht, so beweisen diese Zahlen, dass die nur für Unbemittelte bestimmten Ambulatorien auch sehr vielfach von Bemittelten besucht wurden,

die auf diese Weise heimlich den Arzt um seine Zeit und sein Geld bringen. Uebrigens ist es jedem hiesigen Arzte ja wohl genugsam bekannt, dass sein Armenambulatorium auch von Wohlhabenden besucht wird, wogegen sich nichts machen lässt. — Das Honorar, das der Arzt in seiner Privatpraxis erhält ist meist auch gering; sehr wenige Aerzte erwerben sich ein Vermögen, während es oft genug vorkommt, dass nach dem Tode des Arztes seine Familie ohne jegliche Existenzmittel zurückbleibt. Besonders schlecht ist die Lage der Landärzte, die bei den schlimmsten materiellen Bedingungen sich in ihrem Beruf aufopfern müssen und täglich gewärtig sein können, ihre Stelle und damit ihr Brod zu verlieren. Dass man den Aerzten nicht den Vorwurf machen kann, ein zu grosses Honorar zu verlangen und dasselbe energisch im Falle der Nichtzahlung einzufordern, geht schon aus der Thatsache hervor, dass in dem vor einem Jahre gegründeten Rechtsschutzverein der Aerzte mit ca. 500 Mitgliedern im Laufe des ganzen Jahres kaum eine Klage gegen nichtzahlende Patienten anhängig gemacht worden ist, obgleich eine Aufgabe des Vereins die Eintreibung schuldiger Honorare von säumigen Zahlern ist und gewiss jedes der Mitglieder im Laufe eines Jahres mehrere solche unter seinen Patienten hat.

Zum Schluss meint die «Medicina», dass die den allerverschiedenartigsten Bedingungen unterliegenden Beziehungen zwischen Arzt und Publikum sich nicht auf dem Kanzelleiwege reguliren lassen und dass eine gewisse Regulirung, wenn auch nicht zum Vortheil der Aerzte, durch das Leben selbst geschaffen sei und noch stetig ausgebildet werde.

Wir können dem nur beistimmen und als Beweis für die letzte Behauptung hinzufügen, dass in den seltenen Fällen von Klagen der Aerzte gegen ihre ihnen schuldenden Patienten das Gericht unseres Wissens nie auf die alte, jetzt ganz unanwendbare Taxe recurrirt, sondern stets entsprechend den Mitteln des Beklagten nach dem in der Gesellschaft angenommenen Zahlungssatz entschieden hat.

— Der VI. Aerztetag der Landärzte des Petersburger Gouvernements, welcher vom 3.—12. März a. c. in Petersburg abgehalten wurde, hat einen Beschluss gefasst, der für die Leprafrage von bedeutender Tragweite ist. In Folge eines am 4. März in der Section für Epidemiologie von Dr. O. Petersen gehaltenen Vortrages über die Lepra und deren Bekämpfung sprach sich die Section einstimmig für die Nothwendigkeit der Gründung eines Lepra-Asyls für das Petersburger Gouvernement aus, da laut Angaben des Dr. Prochorow allein im Jamburger Kreise bereits 23 Lepröse vorhanden (in 16 Dörfern) und Dr. Petersen kürzlich Lepröse aus dem Zarsko-Selskischen und Peterhofer Kreise erhalten und aus dem Gdow'schen Kreise im J. 1890 über 7 Fälle Notizen eingesandt sind.

Am 10. März wurde der erwähnte Sections-Beschluss von der allgemeinen Versammlung bestätigt mit dem Zusatz, dass eventuell die Leprösen auch zum Eintritt ins Asyl gezwungen werden sollen.

Auf dem Diner, mit welchem der Aerztetag am 13. März seinen Abschluss fand, wurde auch in einem Toaste des wichtigen Beschlusses der Gründung eines Lepra Asyls gedacht und der erste Schritt zur Realisirung dieser Idee gethan, indem einer der anwesenden Collegen dem Präsidenten des Petersburger Landschaftsamtes ein Couvert mit 50 Rbl. überreichte und somit die Sammlung eines Baukapitales de facto eröffnete.

— Helsingfors: Der a. o. Prof. der Chirurgie M. U. af Schultén ist zum ordentlichen Prof. ernannt worden. — Der Dr. med. M. Ayräpää ist zum Docenten für Odontologie ernannt. — Der Docent für Pädiatrik U. Pipping ist zum ausserordentlichen Prof. für Pädiatrik ernannt worden. — Dr. Hjalmar Bonsdorf ist zum Docenten für Chirurgie ernannt. Eine Klinik für Zahnkrankheiten ist eingerichtet worden.

— Der dirigirende Arzt der städtischen Irren-Siechen-Anstalt Dalldorf (bei Berlin), Privatdocent Dr. Carl Moeli, ist zum ausserordentlichen Professor an der Berliner Universität ernannt worden.

— Eine Anzahl deutscher Ohrenärzte (Bürkner — Göttingen, Kessel — Jena, Kuhn — Strassburg, Lucae — Berlin, Moos — Heidelberg und Walb — Bonn) haben sich zur Gründung einer otologischen Gesselschaft vereinigt und laden die Ohrenärzte Deutschlands, Oesterreich-Ungarns und der deutschen Schweiz ein, sich an der zu Ostern (17. April) d. J. in Frankfurt a/Main stattfindenden constituirenden Versammlung zu betheiligen.
(A. m. C.-Ztg.)

— Ein Erlass des österreichischen Ministeriums des Innern verfügt mit Rücksicht auf das Reclametreiben der Pfarrer Kneipp'schen Wasserheilanstalten, Verschärfungen für die Concessionirung solcher Heilinstitute.

— Durch Erlass des preussischen Ministeriums sind die Gebühren für jede vom Arzt in der Wohnung des Kranken eigenhändig ausgeführte Massage auf 2—5 Mark festgesetzt.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 14. März d. J. 6507 (15 mehr als in der Vorwoche), darunter 455 Typhus — (2 mehr), 675 Syphilis — (19 mehr), 64 Scharlach — (3 mehr), 26 Diphtherie — (2 weniger), 65 Masern — (6 weniger als in der Vorwoche) und 17 Pockenkranke (wie in der Vorwoche).

Vacanzen.

Im Gouvernement Wladimir sind folgende Landschaftsarztstellen vacant: 1) Beim Gouvernements-Landschaftshospital in Wladimir die Stelle eines Specialisten für Augenkrankheiten mit 1,100 Rbl. Jahresgehalt. 2) Im Wladimir'schen Kreise die Stelle eines Bezirksarztes mit 1,000 Rbl. Gehalt nebst freier Wohnung. 3) Im Perejaslawl'schen Kreise die Stelle eines Landschaftsarztes mit 1,350 Rbl. Gehalt. 4) In der Stadt Sudogda die Stelle eines Bezirksarztes mit 1,000 Rbl. Gehalt. 5) Im Jurjew'schen Kreise die Stelle eines Bezirksarztes mit 1,000 Rbl. Gehalt.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 8. März bis 14. März 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
321	261	582	115	37	97	14	10	13	66	57	38	48	45	31	13	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 9, Febris recurrens 4, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 13, Scharlach 17, Diphtherie 7, Croup 4, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 33, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 105, Tuberculose anderer Organe 5, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 45, Marassmus senilis 28, Krankheiten des Verdauungscanals 59, Todtgeborene 28.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 31. März.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 13. April.

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **CARL RICKER** in St. Petersburg, Newsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Jod Soolbad **BAD HALL** Ober-Oesterreich.

Stärkste Jod-Soole des Continentes. Glänzende Heilerfolge bei allen scrophulösen Erkrankungen, sowie bei allen **Erkrankungen der Geschlechtsorgane** und deren **beiderseitigen Folgen.**

Vorzügliche Cureinrichtungen (Bäder und Trinkcur, Einpackungen Inhalationen, Massage, Kefir). Sehr günstige klimatische Verhältnisse.

Bahnstation. Reiseroute über Linz a. d. D. oder Steyr.

Saison vom 15. Mai bis 30. September.

Ausführliche Prospecte in mehreren Sprachen durch die

5—2 **Curverwaltung in BAD HALL.**

Календарь Беременности

ТАБЛИЦА ДЛЯ ВЫЧИСЛЕНІЯ ВРЕМЕНИ РОДОВЪ

Д-ра мед. Я. ДЕДЮЛИНА.

Цѣна **30** к., а съ пересылкою **40** к.

Продается (Спб. Невскій пр., № 61) у автора и вовсѣхъ книжныхъ магазинахъ.

SOMNAL (Aethyl. Chloralurethan)

(Vide № 5 der „Therap. Monatshefte" und № 22 der „Wiener klinischen Wochenschrift".

Patentirt in den meisten Ländern.

Wirksames und unschädliches Schlafmittel in **flüssiger Form. Ein halber Theelöffel** in Bier, Milch oder Cognac bewirkt einen 6- bis 8stündigen ruhigen Schlaf ohne schädliche Nebenwirkung. Angewandt und empfohlen in **Berlin**: in der **königlichen Universitätspoliklinik** des Herrn Professor Dr. **Senator**, im **Lazarus-Krankenhause** vom dirigirenden Arzte Herrn Professor Dr. **Langenbuch**, ferner in der **königlichen Charité**, in den **städtischen Krankenhäusern** Moabit und Friedrichshain, in der **Klinik für Nervenleidende** von Herrn Professor Dr. **Eulenburg**, sowie in der **Klinik für innere Krankheiten** von Herrn Professor Dr. **Litten** und Anderen; in **Wien**: im **allgemeinen Krankenhause** auf der Abtheilung des Herrn Professor Dr. **Meynert** von Herrn Dr. **Schubert** und im **städt. Krankenhause Wieden.** Bedeutend wirksamer und billiger als Chloral und Sulfonal. 10 Gramm 30 Kop.

Radlauer's Antinervin (Salicylbromanilid) in Pulverform wirkt in Dosen von ½ Gramm wie Antipyrin. Es zeichnet sich jedoch vor Antipyrin dadurch aus, dass es als **Antirheumaticum** und **Antinervinum** besonders bei **Gelenksrheumatismus, Influenza, Tabes, Diabetes, Fettsucht, Gicht** und **Podagra** ohne schädliche Nebenwirkungen hervorragende Dienste leistet. Bedeutend billiger als Antipyrin. 10 Gramm = 30 Kop.

Radlauer's Antiseptin in Pulverform (Zinc. boro-thymol. jodat) ersetzt das Jodoform und das Ichthyol in allen Fällen; frei von üblem Geruch, local nicht irritirend. Anwendung als Streupulver und in 10% Salbe mit Vaseline gegen **syphilitische und tuberculöse Geschwüre und Hautausschläge**; in 1% wässeriger Lösung gegen Gonorrhoe 10 Grm. = 30 Kop. Angewandt auf Professor Dr. **Zulzer's Klinik** für **Harn-** und **Blasenleidende**—Alleinige Fabrik **Radlauer's Kronen-Apotheke** in **Berlin W.**

Haupt-Depôt in Petersburg: Russisch-Pharmaceut.-Handels-Gesellsch.; in Moskau: Carl Ferrein. 5—2

F. G. THALHEIM, Schlossermstr. LEIPZIG.

Spec.: EISERNE MÖBEL ZUR KRANKENPFLEGE.

Bettgestelle versch. Constructionen, Instrumenten-Verband- und Medicinschränke aus Glas und Eisen,

Verband- und Operationstische etc. etc.

Illustrirte Preislisten gratis und franco. 3—1

Bad Ems

Alkalisch-muriatische warme Quellen von 22–40° R. Beträchtlicher Lithiongehalt.

Verschiedene Trinkquellen, Molken, Milchkur-Anstalt, Bäder jeder Temperatur, äussere und innere Douchen, Kaltwasserbehandlung, Massage, Inhalationssäle, pneumatische Cabinette und Apparate jeder Art, Luftkurort «Malberg», 333 m. mit Drahtseilbahn. **Kurzeit vom 1. Mai bis 1. October.** Die Quellen und Bäder, sowie der grösste Theil der vorbezeichneten Kurmittel stehen jedoch, auch schon **vor** und **nach** der officiellen Kurperiode zur Verfügung.

Amtliche Prospecte über Kur-Einrichtungen und Wohnungsverhältnisse versendet nur die **Königl. Badeverwaltung** und die **Kur-Commission.**

5—2

ТАБЛИЦЫ

ПО МЕТРИЧЕСКОЙ СИСТЕМѢ ДЛЯ

ОПРЕДѢЛЕНІЯ ОСТРОТЫ ЗРѢНІЯ

Д-ра мед. Г. А. ДОНБЕРГА.

Можно получать во всѣхъ лучшихъ книжныхъ и оптическихъ магазинахъ. С.-Петербурга, Москвы, Кіева и т. п.

Главный складъ изданія въ С.-Петербургѣ у оптика Ив. Як. УРЛАУБА.

Невскій просп. № 44.

Цѣна въ обложкѣ — **75** коп. безъ пересылки. 2—1

Im Verlag von **M. Breitenstein**, Leipzig und Wien, IX. Währingerstrasse 5, ist erschienen und dortselbst sowie durch jede Buchhandlung zu beziehen:

Kurzes Repetitorium
der
Internen Medicin
als
Vademecum für die Praxis
nach den Werken und Vorlesungen von **Eichhorst, Jaksch, Jürgensen, Kahler, Leube, Leyden, Nothnagel, Strümpell** etc. gearbeitet von
Dr. Egon Werner.
Preis **1,10** R.

Ferner sind daselbst erschienen und ebenfalls **nach den besten und neuesten Werken** gearbeitet:

Kurzes Repetitorium der Nervenkrankheiten, der Psychiatrie, der Augenheilkunde, der Kinderheilkunde, der Hautkrankheiten à 65 Kop., der klinischen Untersuchungsmethoden 80 K., der allg. Chirurgie, der speciellen Chirurgie à 95 K., der Ohrenheilkunde à 45 K., der Bakteriologie à 65 K., der Pharmakologie, der Anatomie à 95 K., der medicin. Chemie, 2 Theile à 80 K.

In gedrängtester Kürze enthalten diese billigen und handlichen Büchlein geradezu Alles, was für den praktischen Arzt wichtig und wissenswerth ist und bilden daher ein Vademecum im **wahren** Sinne des Wortes.

Zu beziehen durch die Buchhandlung Carl Ricker, St. Petersburg. 2—2

Дозв. ценз. Спб. 20 Марта 1892 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Wienecke, Katherinenhofer-Pr. № 15.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 13 St. Petersburg, 28. März (9. April) **1892**

Zur klinischen Diagnose des Sarkoms der inneren Organe *).

Von

A. Wiltschur

Ordinator des Obuchow'schen Hospitals in St. Petersburg.

Die Diagnose einer Geschwulst derjenigen inneren Organe, welche der Palpation schwer oder gar nicht zugänglich sind, wie z. B. die Lunge, die Nebennieren, die Bauchspeicheldrüse, bietet bekanntlich recht grosse klinische Schwierigkeiten. Noch mehr Schwierigkeiten begegnet man bei Versuchen, den Charakter der Neubildung zu bestimmen. Höchstens kann man in solchen Fällen diagnosticiren, ob die Geschwulst gutartig oder bösartig ist. Weiter geht die klinische Diagnose nicht. Aber gerade die genaue Erkenntniss der Geschwulst selbst und insbesondere ihres Charakters hat ein sehr grosses Interesse, sowohl in prognostischer Beziehung, als auch, bei der gegenwärtigen Entwickelung der Chirurgie, in therapeutischer. Ich halte es daher für wichtig, zwei Fälle von Sarkom der inneren Organe zu publiciren, da ich in beiden Fällen im Stande war, auf Grund der mikroskopischen Untersuchung schon bei Lebzeiten der Kranken den Charakter der Neubildungen ganz genau zu bestimmen. Diese Fälle sind auch durch ihren klinischen Verlauf interessant. Aus den langen Krankengeschichten führe ich nur das Wesentliche an.

I. Michail Tschutschilow, Fuhrmann, 56 Jahre alt, trat in das Obuchow'sche Hospital am 3. August 1889 ein, klagte über Schmerzen in der linken Seite und über Husten. Die Zeit des Auftretens dieser Krankheitssymptome kann er nicht genau angeben, glaubt jedoch ungefähr drei Monate krank zu sein. Er hat trotzdem die ganze Zeit gearbeitet und nur die in der letzten Zeit aufgetretenen starken Schmerzen beim Husten haben ihn genöthigt die Hospitalhülfe aufzusuchen. Früher will er immer gesund gewesen sein. Seit dem Auftreten des Hustens zeigte sich einige Mal Blut im Sputum, aber in sehr geringer Menge.

*) Vorgetragen in der Versammlung der Aerzte des Obuchow'schen Hospitals.

Status praesens: Das Knochen- und Muskelsystem gut entwickelt. Panniculus adiposus in mässiger Menge vorhanden. Die Hautfarbe blass. Die Athmung ist hinten über beiden oberen Lappen etwas abgeschwächt, unter der linken Clavicula rauh. Unterhalb des Winkels der rechten Scapula und in der Linea axillaris von der 6. Rippe beginnend ist der Percussionsschall gedämpft, die Athmung und der Fremitus pectoralis abgeschwächt; man hört nichtklingende, subcrepitirende Rasselgeräusche und ein sehr deutliches schabendes pleuritisches Reiben. Der untere Leberrand steht zwei Fingerbreit unterhalb des Rippenbogens, die Leber selbst nicht hart und nicht schmerzhaft. Am Herzen und den übrigen Organen ist nichts Abnormes zu finden. Appetit gut. Stuhl regelmässig. Puls 80. Temperatur 38,8° am Morgen und 38,5° am Abend. Das nicht reichliche Sputum ist von blass-rosiger Farbe, enthält weder Diplokokken der croupösen Pneumonie, noch Tuberkelbacillen. Im Harn kein Eiweiss und keine Formelemente. Diagnose: Pleuritis fibrinosa dextra. Verordnet: Compresses echauffantes auf die rechte Seite und ein Narcoticum innerlich.

Nach fünf Tagen ist die Temperatur auf 37,6° abgefallen. Der Husten geringer. Der objective Befund derselbe. Ein Blasenpflaster verordnet.

10. August. Seitenschmerzen viel geringer; subjectives Befinden besser; Temperatur gegen 37°. Die objectiven Erscheinungen von Seiten der Lunge dieselben, nur ist das pleuritische Reiben stärker ausgesprochen. Der Husten gering, fast kein Sputum.

Vom 10. bis zum 20. August bleibt die Temperatur normal. Die objectiven und subjectiven Erscheinungen bieten keine auffallenden Schwankungen nach der einen oder der anderen Seite hin.

20. August. Abends starker Schüttelfrost; Temperatur 39,2°. Pat. klagt über Stechen in der rechten Seite. Der Husten ist stärker, das Sputum schleimig-eitrig mit bedeutender Beimengung von hellrothem Blute. Die Symptome von Seiten der inneren Organe bieten keine merkliche Veränderung dar. Puls 100; Athmung 32. 21. August am Morgen die Temperatur 37,6°. Am Abend wiederum ein Schüttelfrost; Temperatur 39,2°.

22. August. Temperatur am Morgen 37,2°, am Abend 39,2° ohne Schüttelfrost.

23. August. Das Blut ist aus dem Sputum verschwunden; das Sputum schleimig. Temperatur normal, Puls 72; Athmung 20. Das Seitenstechen hat aufgehört. Die sorgfältige Untersuchung des Sputums auf elastische Fasern, Tuberkelbacillen, Aktinomyceskörner und Echinococcushaken ergab auch dieses Mal ein negatives Resultat. Die Probepunction im sechsten rechten Intercostalraum ergab eine sanguinolente Flüssigkeit, welche sich unter dem Mikroskop als aus rothen Blutkörperchen mit geringer Beimengung von farblosen, aus Fett-

tröpfchen und aus einer ziemlich grossen Menge kugelig aufgeblasener Epithelzellen zusammengesetzt erwies. Zellen irgend welcher Neubildung wurden nicht gefunden.

Wegen des eigenthümlichen Verlaufes der Pleuritis, welche dazu noch der Therapie trotzte, wegen des Auftretens von Blut im Sputum und wegen des blutigen Exsudates in der Pleurahöhle bei Abwesenheit von Skorbut und Tuberculose, kam man zu der Annahme einer langsam wachsenden Neubildung, welche den unteren Lappen der rechten Lunge mit der anliegenden Pleura ergriffen hat. Ueber den anatomischen Charakter der Neubildung konnte man natürlich nichts Genaues aussagen.

3. September. Am Abend wiederum Schüttelfrost, Temperatur 39,0°. Starker Husten, im Sputum Blut. 4. September Temperatur Morgens 37,2. Geringer Husten. Kein Sputum. Das subjective Befinden am Morgen gut. Der Kranke theilt Folgendes mit: in der Nacht, gegen 10 Uhr, bevor sich Blut im Sputum zeigte, spürte er eine Athembeklemmung, es trat ein quälender Husten auf und sehr starke Schmerzen in der rechten Brustseite in der Gegend des fünften Intercostalraumes, nach aussen von der Mamillarlinie. Dieser Zustand dauerte ungefähr eine Stunde und nur nachdem aus der schmerzhaften Bruststelle ein «Stückchen herausgesprungen» war, fühlte er eine grosse Erleichterung. Die Schmerzen und die Athembeklemmung vergingen und im Sputum zeigte sich Blut.

Im Spucknapf mit dem nächtlichen Sputum des Kranken fand ich in der That einen cylindrischen 5 Ctm. langen und 2 Ctm. breiten Körper. Die Enden dieses Cylinders sind zugespitzt, die Oberfläche ist sehr schlüpfrig, so dass er gar nicht mit der Pincette zu fassen war; ich musste ihn mit der Hand herausnehmen, was ebenfalls nur mit grossen Schwierigkeiten gelang. Nach Reinigung des Cylinders vom angeklebten Schleim, zeigte derselbe ein gallertartiges Aussehen mit blutigen Adern an der Oberfläche; die Consistenz war ziemlich fest. Dasselbe Bild zeigte sich auf dem Durchschnitt. Bei der mikroskopischen Untersuchung erwies sich unser Cylinder als aus einer geringen Menge zum Theil structurloser, zum Theil fibrillärer Zwischensubstanz bestehend mit in geringer Zahl eingelagerten rothen und weissen Blutkörperchen; die Hauptmasse aber bildeten spindelförmige, kernhaltige, feinkörnige Zellen, welche in Zügen angeordnet waren.

Nach der mikroskopischen Untersuchung des ausgehusteten Cylinders blieb nunmehr kein Zweifel darüber, dass derselbe ein Stück einer Geschwulst ist, welche in der Lunge wächst und welche ihrer Structur nach vollständig einem Sarcoma fusocellulare entspricht. Im Laufe der Krankheit hat der Pat. noch 3 Mal solche dem ersten ganz ähnliche Geschwulststückchen ausgehustet; die begleitenden Erscheinungen waren ebenfalls ganz analog den oben beschriebenen. Vom 3. bis 16. September änderte sich der Zustand des Pat. nicht. Die Temperatur, gewöhnlich normal, erhob sich zeitweise bis 39° mit oder ohne Schüttelfrost. Gewöhnlich fand sich nach jeder Steigerung der Temperatur mit Schüttelfrost am nächsten Tage Blut im Sputum. Einige Mal war das Sputum blutig gefärbt auch bei normaler Temperatur. 20. September. Die Vorwölbung des unteren Theiles der rechten Brustseite ist deutlicher ausgesprochen. Die Gegend des gedämpften Schalles ist nicht vergrössert. Affrictus pleuriticus ist ebenso deutlich, wie im Beginn. Im Harn kein Eiweiss.

10. October. Pat. klagt über stärkere Schmerzen in der rechten Seite.

16. October. Der Kranke erwachte um 2 Uhr Nachts in Folge eines «schrecklichen» Schmerzes in der rechten Seite. Als ich am Morgen den Pat. sah, war er unerkennbar: er zittert am ganzen Körper vor Schmerzen in der rechten Seite, das Gesicht todtenblass, die Lippen cyanotisch, Puls 130, fadenförmig, Athmung 40, oberflächlich; er schont merklich bei der Athmung die rechte Brusthälfte. An den Brustorganen keine Veränderung zu finden. Der Leberrand drei Finger breit unter dem Rippenbogen. Der Bauch gespannt. Bei Palpation der rechten Bauchhälfte, besonders des Hypochondriums, schreit Pat. vor Schmerzen. Temperatur Morgens 37,8°, Abends 36,8°. Eine subcutane Morphiuminjection, Eis auf die schmerzhafte Stelle und eine warme Wanne brachten dem Pat. Erleichterung; die Schmerzen wurden geringer, die Cyanose weniger ausgesprochen, Athmung 34, Puls 120.

17. October. Pat. klagt über Erbrechen, welches sowohl in den Intervallen zwischen 2 Speiseaufnahmen häufig eintritt, als auch unmittelbar nach jedem Schluck Thee oder Milch. Beim Husten quälender Schmerz im rechten Hypochondrium. Der Bauch ist weniger gespannt, rechts sehr schmerzhaft. Die Athmung hat denselben Charakter wie gestern, 32; Puls 110. Im Harn weder Eiweiss, noch Formelemente. Temperatur am Abend 38,5°.

18. October. Geringe ikterische Verfärbung der Skleren und der Hautdecken. Das Sputum von grüner Farbe, enthält in reichlicher Menge Gallenpigmente. Im Harn keine Gallenpigmente.

Das oben geschilderte Bild nöthigte zur Annahme, dass die Geschwulst das Diaphragma perforirte und dass auf diese Weise eine Communication zwischen dem unteren Lappen der rechten Lunge und der Leber entstand. Diese Annahme wurde, wie wir später sehen werden, vollkommen bei der Section bestätigt.

Fünf Tage lang blieb die Temperatur subfebril. Die Athmungsstörung ging allmälig zurück, das Sputum nahm seine normale Farbe an, die ikterische Verfärbung der Haut und der Skleren verschwand, das Erbrechen hörte auf und der Pat. fühlte sich wieder wie früher, war aber abgemagert. Ohne den weiteren Verlauf der Krankheit zu schildern, da derselbe nichts Besonderes an sich hatte, bemerke ich nur, dass einen Monat vor dem Tode bei dem Pat. eine linksseitige haemorrhagische Pleuritis und eine ganze Reihe von Metastasen in der linken Lunge und Pleura constatirt wurden. Die Metastasen konnte man erkennen am rauhen pleuritischen Reiben, am gedämpften Schall und am blutigen Sputum.

Der Pat. verblieb im Hospital 146 Tage. Er starb an Entkräftung, welche allmälig zunahm. Die Section wurde vom Prosector des Hospitals, Prof. Winogradow, gemacht.

Sections-Protokoll: Gehirnanaemie. In der linken Pleurahöhle ein grosses haemorrhagisches Exsudat mit Fibrinflocken. Ueber der Pleura, besonders der Costalpleura, sind harte, weissliche erbsen- bis haselnussgrosse Geschwülste zerstreut; einige derselben haben das Lungengewebe durchwachsen. Die Lunge ist comprimirt, schlaff, enthält keine Luft. Die rechte Lunge ist adhaerent, der untere Lappen mit Fibrin bedeckt. Im oberen und im unteren Lappen finden sich weissliche, zum Theil erweichte, erbsen- bis gänseeigrosse Geschwülste zerstreut; eine Geschwulst von letzterer Grösse findet sich im unteren Theil des unteren Lappens. Das Herz ist verkleinert, von grauer Farbe. Die Leber ist grau, auf dem Schnitt körnig. Zwischen dem rechten Leberlappen und der Niere befindet sich eine Geschwulst von Faustgrösse, weicher Consistenz und gelber Farbe, welche die Stelle der Nebenniere einnimmt; im oberen Theil dieser Geschwulst findet sich ein hühnereigrosser Bluterguss; von dieser Stelle führt ein Fistelgang durch das Diaphragma in die rechte Pleurahöhle; das Loch im Diaphragma ist von der Pleuraseite mit fibrinösen Membranen bedeckt. Die rechte Niere ist von der Geschwulst stark comprimirt und mit derselben verwachsen. Die Nierenkapsel leicht abziehbar. Die linke Niere ist in ihren 2 oberen Dritteln von einer faustgrossen Geschwulst eingenommen, die höckerig, weich und von gelber Farbe ist und eine cystische, seröse, haselnussgrosse Bildung im Centrum zeigt. Das Nierengewebe ist ohne sichtliche Veränderungen erhalten. Die linke Nebenniere ist nicht zu sehen. Die Milz etwas vergrössert, von schlaffer Consistenz. Die Magen- und Darmschleimhaut ist blass. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst, von Prof. Winogradow ausgeführt, zeigte, dass es sich um ein Sarcoma fusocellulare handelte.

Auf Grund des Sectionsbefundes müssen wir das Sarkom der Nebennieren als das primäre ansehen, die Geschwülste in den Lungen und in der Pleura als secundäre. Aber wie aus der Krankengeschichte ersichtlich, hat Nichts auf eine Geschwulst der Nebennieren gedeutet: es waren keine Symptome von Morbus Addissonii vorhanden, im Harn war trotz starken Druckes auf die Nieren kein Eiweiss nachzuweisen etc.

Ich habe in der mir zugänglichen Literatur nur 2 Fälle gefunden, welche meinem Fall analog sind. In beiden Fällen handelte es sich um ein metastatisches Lungensarkom, welches seinen Ausgangspunkt in einem Osteosarkom der unteren Extremitäten hatte.

Der erste Fall gehört Hampeln[1]) und ist im Jahre 1876 beschrieben worden. Leider konnte die Section nicht gemacht werden, da es sich um einen Privatpatienten handelte. Aus der Krankengeschichte ist ersichtlich, dass die Erscheinungen, unter welchen der Pat. Geschwulststückchen aushustete, vollkommen den von uns beschriebenen analog waren. Bei Hampeln's 19jährigem Patienten verlief die Krankheit ebenfalls unter den Symptomen einer Pleuritis. Bevor ein Geschwulsttheil ausgehustet wurde, trat bei dem Pat immer ebenfalls ein Schüttelfrost ein und Blut erschien im Sputum. Dabei kam es auch zum Erbrechen. Die Geschwulst selbst beschreibt Hampeln als einen eiförmigen 6 Linien langen und 2 Linien breiten Körper, von der Farbe eines entfärbten Blutcoagulums, aber von härterer Consistenz. Im Laufe der Krankheit hat Hampeln's Pat.

4 Mal solche Geschwulststückchen ausgehustet. Bei der mikroskopischen Untersuchung erwiesen sich dieselben immer als aus Elementen eines Rundzellensarkoms bestehend.

Huber[2]) beobachtete in der Züricher Klinik einen Studenten, bei welchem 6 Monate nach einer Schenkelamputation wegen eines Osteosarkoms Metastasen in den Lungen auftraten. Dabei schied der Kranke ebenfalls Geschwulsttheile aus, welche sich bei der mikroskopischen Untersuchung als sarkomatöse erwiesen. Dabei trat immer Bluthusten auf, aber ohne Dyspnoe und Schmerzen, wie in unserem Fall. Die Geschwulsttheile beschreibt Huber so: sie sind $5^1/_2$ Ctm. lang, $2^1/_2$ Ctm. dick, spindelförmig mit zugespitzten Enden. Zuweilen sind sie mehr abgeflacht, zuweilen mehr rund und gewöhnlich von einer gelatinösen Kapsel umgeben.

Unser Fall, welcher im Allgemeinen mit Huber's und Hampeln's Beobachtungen stimmt, bietet noch ein besonderes Interesse darum, weil bei uns auf die Existenz eines Sarkoms nur nach der mikroskopischen Untersuchung des ausgeschiedenen Geschwulsttheiles geschlossen werden konnte. Andere Symptome, welche für ein Lungensarkom sprechen könnten, hatten wir nicht. In beiden Fällen der genannten Autoren aber bestand ein Osteosarkom der unteren Extremitäten, nach deren Amputation die Metastasen in den Lungen auftraten.

Wir können daher unsere Beobachtung über die Diagnose eines Lungensarkoms bei Lebzeiten auf Grund mikroskopischer Untersuchung der ausgeworfenen Geschwulsttheile (ohne sichtliche Symptome von sarkomatöser Entartung anderer Organe) vorläufig als die einzige betrachten.

Einen zweiten Sarkomfall, welcher dem ersten durch die Möglichkeit, schon bei Lebzeiten auf Grund mikroskopischer Untersuchung der Geschwulst eine genaue Diagnose zu stellen, analog war, habe ich im März 1891 beobachtet.

Am 21. März trat in das Obuchow'sche Hospital ein Bauer, Zachar Petrow, ein; 57 Jahre alt, Schmied. Will erst seit drei Wochen krank sein. Behauptet eine Schwäche erst dann verspürt zu haben, nachdem er in der Butterwoche recht viel Schnaps getrunken hatte. Bisher war er niemals krank; Syphilis nicht gewesen. Alkoholmissbrauch wird in Abrede gestellt. Jetzt klagt er über Schmerzen im Epigastrium, über Appetitmangel und Schwäche. In den letzten 2 Wochen leidet er an Verstopfung und Auftreibung des Bauches.

Status praesens: kräftiger Körperbau, guter Ernährungszustand. Die Skleren und die Hautdecken stark ikterisch gefärbt. Die Lymphdrüsen am Halse, besonders rechts, und in der Axillargrube sind vergrössert und hart. An den Lungen, ausser Randemphysem, nichts Abnormes. Die Herzdämpfung beginnt an der 5. Rippe, weder rechts, noch links vergrössert, der Spitzenstoss nicht zu fühlen, die untere Percussionsgrenze des Herzens an der 6. Rippe. Die Milz ist nicht palpirbar. In der Axillarlinie und vorne ist die Milzdämpfung nicht vergrössert, hinten reicht die Dämpfung fast bis zur Wirbelsäule. Der Bauch aufgetrieben, nicht schmerzhaft. Die Leber stark vergrössert. Bei oberflächlicher Percussion beginnt die Leberdämpfung in der Linea parasternalis an der 5. Rippe, in der L. mamillaris an der 6. Rippe und in der Axillarlinie am oberen Rande der 7. Rippe; bei tiefer Percussion beginnt die Dämpfung in derselben Reihenfolge an der 4., 5. und 6. Rippe. Die Percussion ist in der ganzen Ausdehnung der Leberdämpfung schmerzhaft. Unten reicht die Leber 3 Finger breit unterhalb des Rippenbogens, sie ist hart und sehr schmerzhaft bei Palpation. Der Rand ist dick und hart; Höcker sind nicht zu fühlen. Puls 88, Athmung 22.

Im Harn eine grosse Menge Gallenpigmente und $^1/_3$ pro mille Eiweiss (nach Essbach). Die Excremente sind nur wenig gallig gefärbt. Unter dem Mikroskop findet sich in denselben ausser einer grossen Fettmenge nichts Abnormes.

Während des Aufenthaltes des Pat. im Hospital wurde das Blut mehrere Male im frischen und im gefärbten Zustande mikroskopisch untersucht. Bei jeder Untersuchungsmethode fand sich eine grosse Menge vacuolenhaltiger rother Blutkörperchen. In einigen Gesichtsfeldern konnte man kaum ein Blutkörperchen ohne Vacuolen finden.

Die Frage nach der Bedeutung der Vacuolen im Blut ist noch lange nicht entschieden. Einige sehen bekanntlich in den Vacuolen nur ein Kunstproduct, bei der Anfertigung des Präparates entstanden. Andere Autoren sehen in den Vacuolen eine pathologische Erscheinung. Ohne in die Details dieser Frage einzugehen, bemerke ich beiläufig, dass bei meinen Blutuntersuchungen, eine grosse Menge vacuolenhaltiger rother Blutkörperchen nur in solchen Fällen vorkam, wo das Blut in seiner Zusammensetzung verändert war, sei es bei Anaemia perniciosa, sei es bei Skorbut oder bei starkem Ikterus mit Uebertreten grosser Gallenmengen ins Blut.

29. März. Pat. sehr schwach, Ikterus deutlicher ausgesprochen. Die Wangen geröthet. Unterhalb des rechten Scapulawinkels ist der Schall gedämpft, die Athmung hat einen bronchialen Charakter. Die obere Lebergrenze beginnt bei oberflächlicher Percussion in der Parasternallinie an der 5. Rippe, in der Mamillarlinie an der 5., in der Axillarlinie an der 6. Bei tiefer Percussion an der 4., 4. und 5. Rippe. Der untere Leberrand steht eine Hand breit unter dem Rippenbogen; die Leber ist sehr schmerzhaft in ihrer ganzen Ausdehnung. Unter dem Rande des linken Lappens der Leber fühlt man eine harte mit dem Rande unbeweglich verbundene Geschwulst. Die Milzdämpfung beginnt an der 7. Rippe. Die Milz ist leicht zu palpiren, schmerzhaft. Im unteren Theil des Abdomens Fluctuation und gedämpfter Percussionsschall; die Dämpfung verschwindet bei Seiten- oder Rückenlage des Pat. Der immer zunehmende Ikterus, die auffallende Grössenzunahme der Leber und Milz im Laufe einiger Tage, der Ascites, die geschwellten Hals- und Axillarlymphdrüsen und endlich hauptsächlich die unter der Leber palpirbare Geschwulst — alles das nöthigte uns zur Annahme einer Neubildung in der Leber selbst und unter derselben in der Gegend der Leberpforte. Die Localisation der Geschwulst in der Leberpforte erklärte uns leicht den Ikterus, den Ascites und die Vergrösserung der Milz. Ueber den Charakter der Geschwulst konnten wir natürlich nichts Genaues aussagen.

Am 30. März wurden bei dem Kranken an der Brust einige subcutane linsengrosse Knoten bemerkt. Die Menge der subcutanen Knoten nahm von Tag zu Tag mit solcher Schnelligkeit zu, dass am Tage des Verscheidens, 12 Tage nachdem die ersten Knoten bemerkt worden waren, wir derselben am ganzen Körper bis 200 zählen konnten. Einer dieser Knoten wurde 4 Tage nach seinem Auftreten aus dem Unterhautzellgewebe unter der rechten Clavicula ausgeschnitten und mikroskopisch untersucht; er bestand aus ziemlich grossen Zellen mit körnigem Protoplasma mit grossen runden, leicht färbbaren Kernen. Die Schnitte wurden mit Alauncarmin und Eosin gefärbt *). Die Intercellularsubstanz ist stellenweise in geringer Menge vorhanden, homogen oder körnig, stellenweise besteht sie aber aus langen zu Fasern ausgezogenen Zellen.

Die mikroskopische Untersuchung hatte also bewiesen, dass die subcutanen Knoten Rundzellensarkome waren. Da wir schon vordem eine Geschwulst der Leber mit den bekannten klinischen Begleiterscheinungen constatirt hatten, so war jetzt natürlich anzunehmen, dass die erwähnten subcutanen Knoten Metastasen der Lebergeschwulst waren und dass diese letztere ein Rundzellensarkom war. Die mikroskopische Untersuchung bei Lebzeiten des Pat. hat also endgültig die Frage nach dem Charakter der Lebergeschwulst entschieden. Wie schon früher erwähnt, blieb der Pat. vom ersten Auftreten der subcutanen Geschwülste noch 12 Tage unter meiner Beobachtung. Im Laufe dieser Zeit konnte ich das Wachsthum dieser Geschwülste und die Reihenfolge, in welcher sie im Körper aufschossen, genau verfolgen. Zuerst zeigten sie sich an der Brust, dann in den beiden Axillarlinien, am Halse, am Rücken, Bauch, an den oberen Extremitäten, in der Inguinalgegend und an den unteren Extremitäten. Sie sassen alle im Unterhautzellgewebe mit der Oberfläche der Fascie verlöthet; immer, sobald die Knoten so gross wurden, dass sie gefühlt werden konnten, waren sie schon unbeweglich und hart. Dank ihrer Knorpelhärte und oberflächlichen Lage, waren sie sehr leicht zu entdecken. Bei leichtem Streichen der Haut fühlte man sofort die sehr harten, unbeweglichen Knötchen. Der tastende Finger konnte sie schon dann constatiren, wenn sie noch hirsekorn- oder stecknadelkopfgross waren.

Im Anfang war ihr Wachsthum ein sehr rasches. Von der Grösse eines Stecknadelkopfes aufschiessend, erreichten sie nach 5—6 Tagen den Umfang einer kleinen Mandel. In den folgenden 5—6 Tagen wuchsen sie viel

*) Die mikroskopische Untersuchung wurde vom Prosector des Hospitals, Dr. Petrow, ausgeführt.

langsamer und die grössten Knoten überschritten nicht die Grösse einer mittelgrossen Mandel. Der Vergleich mit einer Mandel in Bezug auf ihre Form ist am meisten passend, da die Knoten flach und im Centrum dicker als in der Peripherie sind. Ich muss noch bemerken, dass sie alle nicht schmerzhaft sind. Im Anfang ist die Haut über denselben beweglich. Bei weiterem Wachsthum, nach 2—3 Tagen, verwachsen sie mit der Haut. Die Haut selbst bleibt normal, sie wird weder roth, noch blau.

Aus dem weiteren Krankheitsverlauf führe ich nur an, dass der Pat. bei zunehmendem Ikterus und unter Erscheinungen von Cholämie sechs Tage vor dem Tode in einen soporösen Zustand mit zeitweiligen Anfällen von Excitationsdelirien verfiel. Die Leber erreichte schliesslich den Nabel und nach links die Linea mamillaris. Die Milz erreichte eine Grösse von 20 Ctm. in der Länge und 16 Ctm. in der Breite. Trotz des soporösen Zustandes reagirte der Kranke auf Schmerzen bei Palpation der Leber und Milz.

10. April. Es trat eine Darmblutung auf; die Milz ist nicht zu palpiren und die Percussion ergiebt keine Vergrösserung derselben. In der Nacht vom 9. auf den 10. erfolgte ein reichlicher blutiger Stuhl. Am 11. Excitationsdelirien und am 12. um 6 Uhr Abends Tod. Bis zum 27. März überschritt die Temperatur nicht 37°; vom 27. März bis zum 8. April schwankte dieselbe zwischen 36,6° und 36,8° und in den letzten 4 Tagen war sie am Morgen gegen 35,9° und am Abend gegen 36,4°.

Die Section, vom Prosector des Hospitals, Dr. Petrow, ausgeführt, ergab folgendes: Die Hautdecken sind stark ikterisch verfärbt. An der ganzen Körperoberfläche sind unter der Haut kleine Geschwülste zerstreut. Beim Anschneiden dieser Stellen findet man im Unterhautfettgewebe Geschwulstknötchen, welche aus einem recht harten gränlich-weissen Gewebe bestehen. Dura mater fest mit den Schädelknochen verwachsen, verdickt. Pia mater fibrös verdickt, leicht ablösbar. In der Rinde und im Mark des linken Occipitallappens ein Erweichungsherd. Die Gefässe an der Gehirnbasis sklerosirt. Das Herz mässig hypertrophisch, die Musculatur schlaff, die Valvula bicuspidalis und die V. semilunares Aortae verdickt; die Aorta leicht dilatirt mit sklerotischen Plaques in der Intima.

Die Lungen nicht adhaerent, emphysematös und oedematös, crepitiren überall mit Ausnahme eines kleinen Herdes im oberen und des ganzen unteren Lappens der rechten Lunge; diese Stellen sind hepatisirt mit einer rothen körnigen Schnittfläche. In der Bauchhöhle eine mässige Menge serös-blutiger Flüssigkeit. Die Milz mit der Umgebung durch feste Membranen verwachsen, ihr Gewebe von breiiger Consistenz, Structur undeutlich. Die Schleimhaut des Dünn- und Dickdarms schiefergrau verfärbt, trübe. Im absteigenden Schenkel des Duodenum eine kleine haemorrhagische Erosion. In der Gegend des Pankreas findet sich eine riesige Wucherung von harter, gelblich-weisser Geschwulstmasse, mittelst deren das Pankreas und die benachbarten Lymphdrüsen mit einander verwachsen und verlöthet sind. Diese Geschwulst verbreitet sich durch das Ligamentum hepato-duodenale auf die Leber, die letztere in ihrem centralen Theil auf dem Wege der grossen Gallengänge und Gefässe durchwachsend. Die Leber stark ikterisch, die Gallengänge dilatirt, enthalten eine dicke, schleimige Masse. Die Gallenblase sehr stark dilatirt, enthält Blutcoagula und flüssiges Blut. Der Magen- und Darminhalt blutig. Die Mesenteriallymphdrüsen geschwellt, schliessen in sich Herde gelblicher Geschwulstmasse ein. Die Nieren etwas vergrössert, die Nierenkapseln adhaerent; die Nierenrinde von graulich-gelber Farbe mit einem Stich ins Ikterische und nicht scharf von der Marksubstanz abgegrenzt. Columnae Bertini mit gelben Punkten und Strichen bedeckt; die Papillen verdickt; die Nierenbecken erweitert.

Epikrisis: Sarcoma globocellulare glandularum lymphaticarum retroperitonealium, pankreatis et hepatis. Metastases sarcomatosae cutis multiplices.

Die mikroskopische Untersuchung verschiedener Theile der Abdominalgeschwulst constatirte die vollkommene Identität des Baues der letzteren mit dem Bau der bei Lebzeiten und post mortem ausgeschnittenen subcutanen Knoten*). Der Unterschied bestand nur darin, dass in den Abdominalgeschwülsten die Degenerationserscheinungen sehr deutlich ausgesprochen waren: stellenweise fettige Entartung der Zellen, stellenweise Coagulationsnekrose. Als ich die Literatur der uns interessirenden Frage vom Jahre 1860 bis zum Jahre 1891 d. h. seit der Zeit, als die genaue mikroskopische Geschwulstdiagnose Allgemeingut wurde, durchmusterte, fand ich folgendes: am 6. Mai 1863 hat Körte[3]) in der Berliner Aerztegesellschaft eine Mittheilung über eine verbreitete Sarkomatose der inneren Organe und der Haut gemacht. Der Fall betrifft eine 40 jährige Frau, bei welcher wegen Rectalblutungen eine mandelförmige nicht hoch im Rectum gelegene Geschwulst exstirpirt worden war.

Bald nach der Operation zeigten sich bei der Kranken geschwellte Lymphdrüsen in der Axilla und darauf traten Knoten in der Haut auf. Letzterer konnte man bis 80 zählen. Alle waren sie beweglich und sassen im Unterhautzellgewebe. Die Section ergab Metastasen in sämmtlichen Organen. Die Geschwülste hatten einen sarkomatösen Charakter. Der Meinung Körte's, dass eine solche Propagation eines Sarkoms selten vorkommen soll, schloss sich auch Gurlt an; er bemerkte nämlich, dass Sarkome hauptsächlich Metastasen in den Lymphdrüsen machen, während Metastasen in der Haut eine grosse Seltenheit seien.

Zwei ähnliche Fälle hat Heinrich Köbner[4]) im Jahre 1869 beschrieben. Der erste Fall betrifft einen Mann von 43 Jahren, welcher auf Syphilis wegen eines Leistenbubo behandelt wurde. Als der Autor den Pat. zum ersten Mal sah, fielen ihm die Knoten auf, welche in der Haut und im Unterhautzellgewebe der Brust sassen. Diese Knötchen waren sehr hart, leinsamen- bis erbsengross. Vor dem Tode fanden sich 20—30 Knötchen in der Bauchhaut, 12—15 an der Brust, 8—10 in der behaarten Kopfhaut und nur sehr spärliche an den Extremitäten. Es fanden sich auch Knötchen an den Lidern. Die grössten Knoten sassen in der Bauchhaut und waren kirschgross. Die Section wurde nicht gemacht. Es wurden nur behufs Untersuchung die Inguinalgeschwulst und einige Hautknötchen ausgeschnitten. Alle erwiesen sich von der Structur eines Sarcoma fusocellulare. Als Ausgangspunkt sieht Köbner die Hoden an, da in denselben zuerst die Knötchen constatirt wurden.

Im zweiten Fall dieses Autors handelte es sich um ein Spindelzellensarkom, welches sich aus einem Muttermal des linken Zeigefingers gebildet und Metastasen im Unterhautzellgewebe der Brust-, Schulterblatt- und Lendengegend erzeugt hatte. Hampeln[5]) erwähnt im oben citirten Artikel unter Anderem einer Kranken, bei welcher nach Exstirpation eines Sarkoms der Lendengegend Knötchen im Unterhautzellgewebe auftraten. Prof. Böttcher in Dorpat hat diese Knötchen untersucht und gefunden, dass dieselben die Structur eines Rundzellensarkoms hatten. Paul Weisser[6]) hat ein melanotisches Sarkom bei einem 24 jährigen Bäcker beschrieben. Im August 1875 wurde bei dem Kranken eine haselnussgrosse Geschwulst aus dem Fussrücken des linken Fusses exstirpirt. Im März 1876 Schwellung der Inguinaldrüsen. Bald darauf traten metastatische Knoten in der Haut der Brust, des Bauches etc. auf. 2 Monate später konnte Weisser schon über 100 Knoten in der Haut zählen. Dieselben waren hirsekorn- bis haselnussgross. Die Section ergab Metastasen fast in sämmtlichen Organen. Trelat[7]) führt einen Fall von Hodensarkom ebenfalls mit Metastasen in der Haut an.

Behring und Wiecherkiewicz[8]) haben ebenfalls Metastasen in der Haut bei einem Rundzellensarkom des Keilbeins beobachtet.

Aus der Volkmann'schen Klinik erschien im Jahre 1882 eine Dissertation v. Maurer[9]), in welcher ein Angiosarkom des Penis mit Metastasen (desselben Charakters) in der Haut beschrieben wird. Im Kawka'schen[10]) Fall von Melanosarkom fanden sich ebenfalls metastatische Knoten in der Haut.

Porter und Formand[11]) haben multiple Geschwülste im Unterhautzellgewebe (79) nach Operation eines Spindelzellensarkoms des Halses beobachtet. Die Geschwülste

*) Die mikroskopischen Präparate der subcutanen Knoten und des Lebertumors wurden beim Vortrage demonstrirt.

im Unterhautzellgewebe wurden aber erst bei der Section constatirt. Cheever [12]) hat im Jahre 1886 einen Fall von kleinzelligem Spindelzellensarkom mit 200 Knoten in der Haut beschrieben.

Die geringe Zahl metastatischer Hautsarkome, welche in der Literatur beschrieben sind, weist unzweifelhaft auf die Seltenheit einer solchen Localisation der Metastasen hin. Die sarkomatöse Entartung der Lymphdrüsen mit Metastasen in den inneren Organen ist bekanntlich eine ganz gewöhnliche Erscheinung und hat auch ihre wissenschaftliche Erklärung. Warum in einigen, wenn auch sehr seltenen Fällen Metastasen auch in der Haut auftreten, darüber kann ich auf Grund meiner Beobachtung nichts aussagen.

Porti [13]), Reisz [14]), Köbner [15]), Schattuck Frederick [16]), G. Levin [17]) und Kaposi [18]) haben eine ganze Reihe von idiopathischen Hautsarkomen beschrieben, deren klinisches und pathologisch-anatomisches Bild sich aber vollständig von unserem Fall unterscheidet. Erstens ist das idiopathische Hautsarkom in der grössten Mehrzahl der Fälle melanotischen Charakters, zweitens werden die inneren Organe dabei nicht immer befallen, drittens kann dieses Sarkom in einigen Fällen durch Injectionen von Solutio Fowleri geheilt werden (Köbner, Schattuck Frederick) und endlich unterscheiden sich diese Geschwülste dadurch, dass sie schmerzhaft sind, dass die Haut über denselben eine dunkel blaue Farbe hat mit Haemorrhagien in der Umgebung der Knoten und unter denselben im Unterhautzellgewebe. Häufig zerfallen sie und lassen Narben zurück oder fliessen mit einander zusammen und bilden eine höckerige Masse.

Literatur.

1) Sarkom der Lungen, St Petersburger Medicin. Wochenschr. 1876. 2) Zeitschr. f. Klin. Medicin. 1890. 3) Ein Fall von weit verbreiteter Sarkombildung. Deutsche. Klinik Nr. 22. 4) Zur Kenntniss der allgemeinen Sarkomatose und der Hautsarkome insbesondere. Archiv für Dermatol. und Syphilis I. 3. 5) loc. cit. 6) Ueber Melanosarkom. Diss. inaug. Berlin 1876. 7) Diagnostic des tumeurs de testicule. Progrés med. NNr. 3 und 4. 8) Ein Fall von metastasir. Melanosarkom. Berlin. Klin. Woch. 1832, Nr. 33. 9) Eigenthümlicher Fall von Angiosarkom. Diss. Halle, 1882. 10) Ueber Melanosarkom. Diss. Berlin 1884. 11) A rare form of multiple sarcome. Americ. med News. Aug. 7. 1886, citirt nach den Jahresber. 12) A case of multiple Sarcom. of the skin Bost. med. and surg. journ. Vol. CXIV Nr. 2, citirt nach Virchow's Jahresber. 13) Ein Fall von multipler Sarkombildung der Haut etc. Deutsch. Archiv. f. klin. Med. Bd. XII p. 134. 14) Citirt nach Virch. Jahresbericht. 15) Untersuchung eines Falles von multiplen Hautsarkomen der Extremitäten. Berlin. klin. Woch. Nr. 12, 1886. 16) Multiple sarcom of the skin. Bost med. and surg. journ. Nr. 26, 1885 citirt nach Virch. Jahresbericht. 17) Fall von Sarkomatose. Berlin. klin. Woch. Nr. 26, 1889. 18) Handbuch der Hautkrankheiten.

Referate.

Brümmer: Ein Fall von Gangraen des Fusses infolge eines Hufschlages gegen den Unterleib, Pirogoff'sche Fussamputation. (Deutsche Militärärztl. Zeitschr. Heft 6).

Am 16. Aug. 1889 erhielt ein Soldat von einem Pferde mit dem eisenbeschlagenen Hufe gegen die rechte Unterbauchgegend dicht oberhalb des Ligam. Poupartii einen Schlag, der so stark war, dass der kräftige Mann zu der hinter ihm offen stehenden Stallthüre hinausflog und betäubt zu Boden stürzte. Aeussere Verletzungen, abgesehen von einzelnen leichten Hautabschürfungen, waren nicht vorhanden. Der Schlag war bei ziemlich stark gefüllter Harnblase erfolgt. Schmerzen im Unterleibe, Harndrang; Entleerung der Blase mittelst eines Katheters wobei sich kein Blut zeigte. Am 3. Tage war die Urinentleerung schmerzlos und normal. Die Temperatur des Körpers war in den ersten Tagen etwas erhöht (bis 38,7° C.), der Puls klein und frequent (112—120), es erfolgte 2—3 Mal täglich Erbrechen grünlicher Massen beim Bestehen eines starken Meteorismus, der erst am 24. Aug. nach einer reichlichen Stuhlentleerung schwand; starker Singultus, hochgradiger Kräfteverfall. Am 9. Tage nach der Verletzung, nachdem im Allgemeinbefinden eine entschiedene Besserung eingetreten war, traten die ersten Zeichen einer beginnenden Gangraen des rechten Fusses von den Zehen an ein, die auf einen volkommenen Verschluss der Schenkelarterie zurückzuführen war und schliesslich, bei langsamem Fortschreiten sich fast genau in der Linie des Chopart'schen Gelenkes demarkirte; nur auf dem Fussrücken überschritt die Gangraen diese Grenze gegen die Vorderfläche des Unterschenkels zu und zwar bis etwa 5—6 Ctm. über die Linie des Sprunggelenks, doch betraf sie hier nur die Haut nicht die tiefgelegenen Gebilde. Nach eingetretener Demarcation wurde am 7. Nov. (12 Wochen nach der Verletzung) die von Günther modificirte Pirogoff'sche osteoplastische Fussamputation vorgenommen. Hierbei wurden die Sägeflächen, die sich leicht aneinander bringen liessen, mittelst eines durch die unverletzte Sohlenhaut und den Calcaneus in die Tibia hineingetriebenen polirten viereckigen Bretternagel (Thiersch) vorzüglich fixirt. Der Nagel wurde am 26. Nov. (19 Tage nach der Operation) mit Leichtigkeit entfernt. Das Endresultat ist Folgendes: Der Stumpf ist von vorzüglicher Form und unbeweglich. Der Pat. geht und läuft behende umher in einem einfachen Schmierstiefel und kann mit dem Fuss aufstampfen, ohne Schmerzen zu haben. — Die Art. femor. dext. ist deutlich als ein harter Strang fühlbar; das rechte Bein ist noch etwas abgemagert und die Muskulatur schlaffer als am linken Bein.

Grimm.

Prof. A. Epstein (Prag): Ueber die Uebertragung des menschlichen Spulwurmes (Ascaris lumbricoïdes). Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. Bd. 33. H. 3. 1892.

Der Erste, welcher durch Verschlucken von embryonenhaltigen Spulwurmeiern die Entstehung von ausgebildeten Ascariden an sich selbst beobachtet hat, ist Grassi; sein Versuch ist jedoch nicht ganz einwandsfrei und daher nicht beweisend. Nach ihm hat Lutz an einem 32jährigen Individuum einen reinern Versuch mit positivem Erfolg ausgeführt und dadurch die allgemeine Annahme, dass die Uebertragung des Spulwurmes auf den Menschen durch Vermittelung eines bisher unbekannten Zwischenwirthes erfolge, schwankend gemacht. Epstein nun hat weitere Untersuchungen angestellt. Zunächst stellte er fest, dass die in den Fäces von Kindern, die an Spulwürmern leiden, stets vorhandenen Eier dieses Parasiten sich in feuchten Nährböden, die der Luft zugängig sind, Jahre lang entwicklungsfähig erhalten; werden die eierhaltigen Fäcalien in Glaskolben bei warmer Zimmertemperatur gehalten, von Zeit zu Zeit mit Wasser angefeuchtet und dem Sonnenlicht ausgesetzt, so entwickeln sich schon in 5 Wochen innerhalb der Eier schlanke, lebhaft sich bewegende Embryonen. Versenkung der Eier in viel Wasser, wodurch der Luftzutritt zu denselben behindert wird, verhindert die Weiterentwicklung des Dotters. Verf. hat, nachdem diese Thatsachen constatirt waren, kleine Partikelchen einer Eiercultur, die ein Jahr lang in der Feuchtigkeit bei Zimmertemperatur aufbewahrt worden war und in deren Eiern sich lebendige Embryonen befanden, an zwei Kinder verfüttert, die vor dem Versuch sicher nicht an Ascariden litten. Nach 3 Monaten zeigten die Fäces derselben reichliche Ascarideneier und durch Santonin und Ol. ricini wurden dem einen Kinde 22 Spulwürmer (16 Weibchen und 6 Männchen), dem andern 79 Spulwürmer (41 Weibchen und 38 Männchen) abgetrieben. Ein drittes Kind, das gleichfalls Spulwurmeier geschluckt hatte und sicher damals, wie die mikroskopische Untersuchung der Faeces erwies, nicht an Ascariden litt, konnte erst nach 5 Monaten wieder untersucht werden, und wies nun massenhafte Spulwürmer in seinen Dejectionen auf.

Durch diese Versuche ist wohl sicher festgestellt, dass die Einwanderung des Spulwurmes in den menschlichen Darm durch directes Verschlucken lebens- und entwicklungsfähiger Eier ohne Vermittelung eines Zwischenwirthes erfolgt. Da sich die Eier, wie Epstein's Versuche zeigen, in Wasser nicht entwickeln, so ist das Trinkwasser wohl kaum als Vehikel für die Infectionen zu beschuldigen, vielmehr dürften die Eier sich am ehesten in den oberflächlichen Schichten der Erde bei warmer Sommertemperatur entwickeln, falls die eierhaltigen Dejectionen, was wohl nicht zu selten geschieht, dahin gelangen. Kinder, die beim Spielen wohl häufig Gelegenheit haben, Erdpartikelchen zu verschlucken, können sich auf diese Weise mit Ascariden inficiren; ebenso Menschen, die eng und schmutzig wohnen und nicht genügend auf die Entfernung der Excremente aus ihrer Umgebung achten. So erklärt es sich am besten, warum die Kinder der Dorfbevölkerung fast 20 Mal häufiger an Ascariden leiden als Stadtkin-

der, und warum die Schmutzesser der Irrenanstalten (Vix) und die Soldaten in russischen Festungen (Gretschaninow) so oft Spulwürmer beherbergen.

Das vorwiegende Vorkommen der Spulwurmkrankheit in südlichen, warmen Ländern erklärt sich aus den günstigern Entwicklungsbedingungen, die der Erdboden daselbst bietet.

Biologisch ist von Interesse, dass nach den vorstehenden Versuchen die Entwicklung des Eies bis zum geschlechtsreifen Spulwurm im menschlichen Darm etwa 3 Monate beansprucht. D—o.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Albert Döderlein. Das Scheidensekret und seine Bedeutung für das Puerperalfieber. (Leipzig 1892. Verlag von Eduard Besold).

Das Scheidensekret ist in letzter Zeit häufig Gegenstand bakteriologischer Untersuchungen gewesen, doch sind die Angaben der verschiedenen Autoren durchaus nicht übereinstimmend. Die Studie D.'s, welche mit grosser Sachkenntniss und Fleiss an einem grossen Material gemacht worden ist, wird ohne Zweifel nicht allein von den Fachgenossen mit Freuden begrüsst werden, weil dieselbe Aufschluss über manche noch streitige Punkte zu geben im Stande ist.

D. untersuchte das Scheidensekret von 195 Schwangeren und fand dasselbe in 108 Fällen normal, in 87 anormal. Die beiden Arten der Sekrete charakterisiren sich schon durch ihre chemische Reaction. Während nämlich das normale Sekret intensiv sauer reagirt, ist das pathologische von schwach sauerer, seltener neutraler oder schwach alkalischer Reaction.

Das normale Scheidensekret enthält ausser Plattenepithelien regelmässig Spaltpilze. Die nahezu als Reincultur vorkommenden Scheidenbacillen bedingen den Säueregehalt des normalen Sekretes. Recht häufig findet sich ferner im normalen Sekret ein Hefepilz (Soorpilz, Monilia candida Bonorden). Pathogene Keime wurden im normalen Scheidensekret niemals gefunden. Die Scheidenbacillen resp. ihre Stoffwechselprodukte scheinen ein Hindernissmittel für die Entwickelung pathogener Mikroorganismen (Staphylokokken) darzustellen, welches jedoch nur dann zur Geltung kommt, wenn die Scheidenbacillen in vorwiegendem Maasse vorhanden sind.

Das pathologische Sekret ist im Gegensatz zum normalen dünnflüssiger, weissgelblich, wird in einzelnen Fällen sehr reichlich producirt; zuweilen findet in demselben lebhafte Gasbildung statt. Der spec. Geruch der Vulva (Trimethylamin) tritt bei Genitalien mit patholog. Sekret zurück und schwindet bisweilen vollständig. Unter dem Mikroskop findet man ausser Plattenepithelien reichlich Eiterkörperchen. Ferner sind in demselben zahlreiche Spaltpilze (hauptsächlich Kurzstäbchen und Kokken) vorhanden.

Eine solch tiefgreifende Umwandlung des normalen Sekretes kann jedoch nur statt finden, wenn der normale Säueregehalt des Sekretes verändert wird, wodurch Culturbedingungen geschaffen werden, welche im normalen Sekret nicht oder nur schwer und vorübergehend bestehen können.

Eine solche Umwandlung des Sekretes findet in physiologischer Weise bei jeder gesunden Frau statt zur Zeit der Menstruation und des Wochenbettes.

Bei Schwangeren mit normalem Sekret beobachtet man in den Scheidenlochien am 3.—4. Tage post partum ein Zugrundegehen der bisher vorhandenen Scheidenbacillen, während an ihre Stelle Culturen von Saprophyten erscheinen. Mit dem Aufhören der Lochiensekretion verschwinden dieselben wieder aus der Scheide und 6 Wochen nach der Geburt finden sich in dem wieder stark saueren Sekret der Scheide Reinculturen von Scheidenbacillen.

Als Ursachen der Veränderung des normalen Sekretes sind anzusehen 1) functionelle Störungen: traumatische oder chemische Reize, welche eine excessive Transsudation innerhalb der Scheide bedingen, 2) tiefer greifende anatomische Veränderungen, Infection mit Eiterkokken, Gonokokken etc.

Die Streptokokken spielen bekanntlich beim Puerperalfieber die Hauptrolle. D. fand in 8 Fällen (4,1 pCt.), welche vorher nicht digital untersucht worden waren, reichlich Staphylokokken, welche jedoch nicht immer gleich virulente Eigenschaften besassen. Da die Virulenz der Streptokokken in erster Linie durch die Beschaffenheit des Nährbodens bedingt wird, muss die Abschwächung der Keime bald grösser bald geringer sein, je nach der Zeit und dem Grade der ungünstigen Verhältnisse, unter denen sie im Scheidensekret verweilen müssen.

D. fand bei 55,3 pCt. aller Schwangeren normales Sekret, bei 35,5 pCt. pathologisches Sekret ohne virulente Streptokokken, in Summa also in 90,8 pCt. ein Scheidensekret ohne Infectionsgefahr in demselben.

Es ergiebt sich hieraus, dass 1) das normale Sekret keinerlei Infectionsgefahr für das Puerperalfieber darstellt, 2) das pathologische Sekret hingegen in einem gewissen Procentsatz bei Anwesenheit von Streptokokken eine Infectionsquelle für Puerperalfieber werden kann.

Die bakteriologischen Untersuchungen D.'s zeigen somit, dass bei der weitaus grössten Mehrzahl von Frauen eine innere Desinfection gegenstandslos ist und dass in der überwiegenden Zahl der Fälle eine Infection der Kreissenden verhütet wird, wenn nur der Untersuchende selbst nicht Infectionskeime überträgt.

Dobbert.

Protokolle
der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1172. Sitzung am 18. December 1891.

Anwesend 52 ord. Mitgl., das corresp. Mitgl. Prof. Stieda-Königsberg und 11 Gäste.

1. Dr. Schroeder verliest seinen angekündigten Vortrag: Zur Lehre vom Hypnotismus. Bericht über die hypnotische Klinik des Dr. Wetterstrand in Stockholm.

Der Vortrag erscheint demnächst in extenso in dieser Wochenschrift.

Discussion:

Dr. Holst wendet sich gegen den Ausspruch Dr. Schroeders, die hypnotische Therapie bringe nie Schaden. Er müsse dies nicht nur als möglich hinstellen, sondern nach seinen Erfahrungen sogar sagen, dass durch diese Behandlungsmethode häufig geschadet wird. Allerdings tritt der schädigende Einfluss in der Regel erst nachträglich zu Tage, wenn die Patienten nicht mehr unter dem Einfluss der hypnotischen Behandlung stehen. Aus einer ganzen Reihe von Beobachtungen dieser Art, die er gemacht, führt Redner einen Fall an, den er in der verflossenen Woche in Behandlung bekommen: dem betreffenden Kranken war sein heftiger Kopfschmerz — das einzige Krankheitssymptom, welches er bisher hatte — allerdings wegsuggerirt worden; dagegen traten in der Folge allgemeine hysterische Krampfanfälle auf. Dr. Schroeder habe ferner über Wetterstrand's günstige Behandlungsresultate Epileptischer berichtet; er wolle seine Zweifel hieran nicht unterdrücken. Die Differentialdiagnose zwischen grossen Krampfanfällen Hysterischer und wahrer Epilepsie sei schwierig; solange die Berichte nur von gebesserten und genesenen Epileptischen sprechen, ohne dass die Diagnose «echte Epilepsie» begründet wird, wie das bisher stets der Fall, nehme er an, dass es sich um fortgeschaffte hysterische Symptome handle; von der Annahme, die wahre Epilepsie sei eine unheilbare Krankheit, sei er abzugehen bisher nicht veranlasst.

Bei Hysterischen, wie andern Kranken, habe er bisher durch Suggestion nur Symptome fortschaffen gesehen, nie das Wesen der Krankheit heilen. Es kommen Fälle vor, wo ein Krankheitssymptom das ganze Krankheitsbild beherrscht, so zusagen die Hauptsache der ganzen Krankheit wird. Da sei die Suggestionstherapie an ihrem Platz.

Die von Dr. Schroeder empfohlene Benutzung der Hypnose zu erzieherischer Beeinflussung Hysterischer verwirft Dr. Holst, weil er seinen Einfluss bei klarem Bewusstsein der Patienten anwenden will, um sich ein Resultat davon zu versprechen.

Dr. Schroeder: die Nancy'er Methode, die Hypnose durch rein psychische Wirkung hervorzurufen, habe nie Schädigungen im Gefolge. Auch principiell sei nicht einzusehen, warum eine solche Hypnose schaden soll.

Dr. Donner: für ihn sei Dr. Schroeder's Vortrag herzerfreuend gewesen. Von allen Autoritäten sei Dr. Holst der Einzige, der Schädigungen beim Hypnotisiren erlebt; Forel und A. erklären die Hypnose für völlig ungefährlich. Dr. Donner vertritt ferner noch Dr. Ed. Schwarz gegenüber (cf. Protokoll der vorigen Sitzung) die Verallgemeinerung des Begriffs Suggestion.

Dr. Holst stellt die irrthümliche Annahme Dr. Donner's: er habe Patienten durch Suggestion Schaden zugefügt, zurecht; bei seiner vorsichtigen Auswahl der Fälle und seltenen Anwendung dieses Hülfsmittels habe er Schädigungen glücklicherweise selbst nicht zu registriren; wohl aber habe er häufig Patienten in Behandlung bekommen, welche vorher von Anderen hypnotisirt worden waren.

Dr. Ed. Schwarz: die Aerzte der Jetztzeit haben alle Veranlassung, vorsichtige Kritik der Empfehlung neuer Heilmittel entgegenzutragen; er erinnere nur daran, wie's mit dem Tuberculin gegangen! — Und die Kritik lehre, dass die Suggestion weder ein so unschuldiges, noch ein so wirksames Mittel ist, wie enthusiastische Berichte angeben. Redner spricht sich weiter in demselben Sinne aus wie Dr. Holst und fügt hinzu, dass selbst durch Suggestion gelungene Heilung durchaus nicht immer von Dauer ist, er habe Patienten gesehen, die nach 1—2 Monaten Recidive aufwiesen.

Auf das Princip der Suggestionstherapie übergehend, erinnert Redner daran, dass die Erfahrungen der Nancy'er Schule darauf hinwiesen, dass es sich bei der hypnotischen Beein-

flussung wesentlich um einen psychischen Vorgang handle, nicht um Reflexvorgänge: es werden durch die hypnotische Suggestion Vorstellungen erzeugt. Die Klarlegung dieses Verhältnisses reihe die hypnotische Therapie in die Gruppe der psychischen Behandlungsmethoden ein, die hauptsächlich falsche Vorstellungen zu vernichten und richtige Vorstellungen an deren Stelle zu setzen haben.

Wenn auch für den Kundigen die hypnotische Beeinflussung viel von ihrer Uebernatürlichkeit verloren habe, so hafte für den Patienten jedoch derselben immer etwas Mystisches an. Die directe psychische Behandlung wendet sich an die Intelligenz des Kranken, die Suggestionstherapie an den Glauben. Bei dem Hange des Menschen zum Mystischen, bei der heut zu Tage immer mehr um sich greifenden Entnervung und Willenserschlaffung sei es sehr wenig rathsam der Menschheit eine Behandlungsmethode darzubieten, welche dem Hang zum Wunderbaren direct Vorschub leistet. Es sei Aufgabe des Arztes, seine Patienten vom Aberglauben zu befreien und sie zu willensstarken Menschen zu erziehen, die mit offenem Auge den Schädlichkeiten, welche ihrem Organismus drohen, entgegentreten. Eine Kräftigung des Willens werde aber durch Hypnose nie erreicht werden. Man bediene sich daher zweckmassiger der directen psychischen Beeinflussung.

Handle es sich um Patienten, denen die nöthige Intelligenz mangelt, dann kamen alle Behandlungsmethoden in Frage, die jeder autoritative Arzt zu rein psychischen Behandlungsmethoden umzugestalten vermag: so z. B. die medicamentöse Behandlung — Rosenbach gab Sacch. alb. erfolgreich als Hypnoticum. Weiter käme hierbei Hydro- und Elektrotherapie in Frage, ebenso Massage. Thure-Brandt selbst nutzt den psychischen Factor voll aus. Erst wenn alle diese Methoden im Stich gelassen haben, will Redner zur hypnotischen Behandlung greifen. Es gebe vielleicht einzelne Falle, für welche die Suggestionstherapie in erster Linie in Anwendung zu ziehen ist; so einzelne Fälle von sexueller Perversität.

Was schliesslich die Anwendung des Ausdrucks Suggestion anlangt, so sei Redner bekannt, dass sie jetzt eine allgemeinere sei; jedoch geschehe dieses mit Unrecht. Das Wort Suggestion sei seines Wissens zuerst in Nancy gebraucht worden und zwar für «Einflüsterung in Hypnose». Von streng kritisch vorgehenden Autoren werde dieser Ausdruck auch heute nur in diesem Sinne gebraucht — so von Rosenbach-Breslau, und das mit Recht. Verallgemeinerten Gebrauch dieses Wortes für jede Beeinflussung eines Menschen durch den andern hält Redner für verwirrend und unbegründet.

Dr. Tiling erinnert daran, dass man von Staatswegen sich veranlasst gesehen, gegen das Hypnotisiren vorzugehen, dasselbe zu verbieten. Das sei doch nur durch die geursachten Schädigungen begründet gewesen.

Dr. Schroeder: gewiss könne das Hypnotisiren und Suggeriren Gefahren involviren; aber diese entstehen nur durch schlechte Methoden der Anwendung. Die Fragestellung müsse aber auch so lauten: lassen sich bei richtiger Methode und gewissenhafter Handhabung derselben die Gefahren der Hypnose vermeiden? Darauf müsse die Antwort so ausfallen, dass bei der Nancy'er Methode die einzige Gefahr darin besteht, dass die Patienten nachher spontan in Hypnose verfallen, was man ihnen übrigens auch wieder wegsuggeriren kann.

Dr. Packiewicz ist der Ansicht, dass die unerwünschten Nebenwirkungen auch suggestiver Natur sind. Das geheime Grauen, welches die Laienwelt vor der Hypnose hat, der Gedanke an übernatürliche Kräfte öffnen unerwünschten Autosuggestionen Thür und Thor. Dr. Packiewicz empfiehlt im Nothfalle die Suggestionstherapie bei schlafenden Patienten in Anwendung zu ziehen, wenn das Hypnotisiren sonst nicht gelingt. Vor dem Erwachen aus der Hypnose müsse stets suggerirt werden, dass das Ganze ein total natürlicher Vorgang sei, der keinerlei üble Nebenwirkungen habe.

Dr. Schultz fragt auf welchem Wege die von Dr. Schroeder referirte Behauptung eines von Wetterstrand gebesserten Lungenemphysems erwiesen worden sei? Ob Dr. Schroeder sich persönlich davon überzeugt habe?

Dr. Schroeder hat den Fall nicht selbst gesehen. Wetterstrand berichtete, es sei constatirt.

z. Z. Secretär: Heerwagen.

Vermischtes.

— Die Charkow'sche medicinische Gesellschaft hat das Protokoll der Sitzung, welche sie zu Ehren des 50jährigen Jubiläums ihres um das Medicinalwesen Charkow's hochverdienten Ehrenmitgliedes Dr. W. A. Frankowski veranstaltete, in Form einer elegant ausgestatteten Brochüre herausgegeben. Diese Brochüre, welche mit dem Bildniss des Jubilars geschmückt ist, wird für 1 Rbl. zum Besten der Gründung von Freibetten auf den Namen Frankowski's in dem Krankenhause der Charkow'schen med. Gesellschaft und dem städtischen Kinderhospital verkauft.

— Verstorben: 1) Am 21. Februar in Perejaslawl-Saleski (Gouv. Wladimir) der Landschaftsarzt Dr. J. G. Petrowski im 43. Lebensjahre an einem Herzleiden. Der Verstorbene hatte seine Ausbildung an der Moskauer Universität erhalten und bekleidete bereits seit 20 Jahren die Stellung eines Landschaftsarztes in Perejaslawl. Zu Anfang der 80ger Jahre machte er das Doctorexamen und schrieb eine Dissertation über die Physiologie des Sehens. Trotz einer ausgebreiteten Praxis, die er seiner grossen Beliebtheit bei der dortigen Bevölkerung verdankte, hat er seiner Familie nichts als Schulden hinterlassen. 2) Am 28. Februar in Jadrin der dortige Landschaftsarzt N. A. Lotow am Flecktyphus. Das Landschaftsamt hat die Beerdigungskosten getragen und es soll Aussicht vorhanden sein, dass die Landschaft seiner in dürftigen Verhältnissen zurückgebliebenen Familie eine Pension bewilligen wird. 3) In Rjasan am 5. März der Arzt der Moskau-Kasanschen Eisenbahn W. A. Petrow. 4) Der Oberarzt des Tschardschui'schen Militärlazareths Tokarew. 5) Der Brigadearzt der 5. Sapeur-Brigade Lebedew. 6) In Wiesbaden plötzlich der Leiter der bekannten Curanstalt Bad Nerothal, Dr. Gustav Lehr. Die Leitung der Anstalt haben seine bisherigen Gehülfen Dr. Georg Rosenbaum und Dr. Nik. Gierlich übernommen. 7) In Heidelberg der ausserord. Professor der Chirurgie Dr. Lossen.

— Am 26. März n. St. vollendeten sich 50 Jahre, seit der Doctorpromotion des berühmten Würzburger Anatomen, Prof. A. v. Koelliker. Da der Jubilar gegenwärtig in Italien weilt, so ist die Feier dieses Tages aufgeschoben worden.

— Mit dem Schluss dieses Semesters geben Prof. Dr. Rossbach, Director der medicinischen Klinik in Jena, und Prof. Dr. Flückiger, Director des pharmaceutischen Instituts in Strassburg, ihre Lehrthätigkeit auf, ersterer Krankheitshalber.

— Zu der am 9./21. April in Rom stattfindenden internationalen Conferenz der Gesellschaften des «Rothen Kreuzes» sind als Vertreter des russischen «Rothen Kreuzes» Geheimrath O. A. Oom und Prof. Martens abdelegirt worden. Wie verlautet, werden von russischer Seite nachstehende zwei Fragen der Conferenz zur Berathung in Vorschlag gebracht werden: 1) Ueber Maassregeln zur Verbreitung der Ideen und Aufgaben der Gesellschaft des Rothen Kreuzes in der Bevölkerung; 2) Die Erlangung eines unentgeltlichen Transportes der dem «Rothen Kreuz» gehörigen Gegenstände auf Eisenbahnen und anderen Verkehrswegen.

— Im Atkarsk'schen Kreise (Gouv. Ssaratow) sind zwei Landschaftsärzte, Fofonow und N. W. Smirnow (Leiter des Landschaftshospitals), am Flecktyphus erkrankt.

— Den zehn Studenten der militär-medicinischen Academie, welche am 17. März auf die Aufforderung des örtlichen Gouverneurs zur ärztlichen Hülfeleistung in das vom Typhus heimgesuchte Gouvernement Ssamara abgereist sind, ist es gestattet worden, ihre Schlussexamen auf den Herbst d. J. zu verlegen, jedoch müssen dieselben bis zum 10. December beendigt sein.

— Laut Allerhöchst bestätigter Verordnung des Ministercomités sind nach den «R. W.» die Gouverneure angewiesen worden, die Eröffnung von Apotheken, sowie die Leitung derselben nur solchen Personen zu gestatten, welche volles Vertrauen hinsichtlich ihrer pharmaceutischen Erfahrung und ihrer moralischen Eigenschaften verdienen.

— Eine Frau Sitkiewicz, die erste russische Dame, welche den pharmaceutischen Provisorgrad in Russland erlangt hat, ist beim Medicinaldepartement des Ministeriums des Innern mit dem Gesuch eingekommen ihr zu gestatten, in Warschau eine Apotheke zu eröffnen und in derselben ausschliesslich weibliche Praktikantinnen zu beschäftigen. Zugleich erbittet sie sich die Concession zur Gründung einer Schule, in welcher junge Mädchen für das Apothekerlehrlingsexamen vorbereitet werden sollen.

— In Moskau ist eine Hygienische Gesellschaft in der Bildung begriffen auf Grund von Statuten, welche bereits vor 11 Jahren für einen derartigen Verein, der aber damals nicht ins Leben getreten ist, obrigkeitlich bestätigt worden sind.

— In New-York ist im Februar eine Flecktyphusepidemie ausgebrochen, die auf Einschleppung durch russische Auswanderer zurückgeführt werden muss. Am 23. Januar war nämlich der französische Dampfer «Massilia» daselbst eingetroffen, welcher ausser anderen Passagiren 250 russische Juden an Bord hatte. Einige Tage nach der Ankunft wurden mehrere Fälle von Flecktyphus unter den russischen Juden constatirt und nach einigen Wochen betrug die Zahl der Erkrankungsfälle in New-York bereits etwa 100, welche auf Anordnung der Sanitätsbehörden in North Brother Island internirt wurden. Da ein Theil der Emigranten von New-York in andere Ortschaften, meist grosse Städte, sich begeben hatten, so wurden energische Maassregeln zur Ermittelung und Internirung derselben ergriffen. Doch waren bereits in Chicago (7 Fälle), Pittsburg und anderen Orten Fälle von Flecktyphus aufgetreten. Alle Dampfer, die mit aus Flecktyphusgegenden stammenden russischen Juden an Bord aus Europa anlangen, werden jetzt einer Quarantäne unterworfen und die Dampfer selbst dürfen erst nach sorgfältigster Desinfection einlaufen.

— In der preussischen Armee werden gegenwärtig Versuche mit einer neuen Art von Kriegs-Krankenbaracken angestellt, deren Wandungen aus Bastleder, einem neuen patentirten Stoff, bestehen. Dasselbe besteht aus einem unter starkem Druck bearbeiteten Gewebe von Rohrabfällen, das grosse Dauerhaftigkeit mit Leichtigkeit vereinigt. Der Stoff ist 3 Mmtr. stark und feuersicher imprägnirt. Bastleder hat vor der Leinewand den Vortheil, dass es im Sommer die Hitze, im Winter die Kälte besser abhält. (A. m. C.-Zig.).

— Von der rühmlichst bekannten Fabrik chirurgischer Instrumente und Bandagen H. Windler in Berlin (N. W. Dorotheenstrasse Nr. 3) ist uns ihr vortrefflich ausgestatteter Katalog für 1892 zugegangen, der von der umfangreichen Thätigkeit der Fabrik Zeugniss ablegt und die mit Nummern versehenen Abbildungen aller Instrumente, Bandagen und Apparate enthält, wodurch die Bestellung nach dem Katalog sicher und einfach zu bewerkstelligen ist.

— Von der Fabrik chirurgischer Instrumente, Bandagen etc. J. Harmsen in Hamburg (Rosenstrasse 11) ist uns das Muster eines Holz-Zungenspatels eingesandt worden, der als einfach und bequem, vor Allem aber als den Anforderungen der Reinlichkeit entsprechend sehr empfohlen zu werden verdient, da er nur zu einmaligem Gebrauch bestimmt ist, nach welchem er fortzuwerfen ist. Natürlich kann jeder Tischler das einfache kleine Instrument herstellen, das von obiger Firma aber fabrikmässig hergestellt und zum Preise von 35 Pfennig pro Dutzend geliefert wird.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 21. März d. J. 6352 (155 weniger als in der Vorwoche), darunter 429 Typhus — (26 weniger), 628 Syphilis — (47 weniger), 63 Scharlach — (1 weniger), 27 Diphtherie -- (1 mehr), 51 Masern — (14 weniger) und 9 Pockenkranke (8 weniger).

Vacanzen.

1) Die Bürgerschaft des Fleckens Nowo-Mysch (Kreis Nowogrudok im Gouv. Minsk) sucht einen freiprakticirenden Arzt für den Flecken. Die Bürgerschaft stellt dem Arzte eine gute Wohnung mit Beheizung und Beleuchtung zur Verfügung. Etwaige Bewerber belieben sich an die Bürgerschaft zu wenden unter der Adresse: «Станц. Барановичи Моск.-Брест. жел. дор. въ Новомышскую Мѣщанскую Управу».

2) Landschaftsarztstelle im Kreise Staraja Russa (Gouv. Nowgorod). Gehalt 1000 Rbl. jährlich bei freien Amtsfahrten. Nähere Auskünfte ertheilt die «Старорусская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 15. März bis 21. März 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
328	276	604	119	48	73	9	6	22	63	58	47	50	53	47	9	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 9, Febris recurrens 6, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 8, Masern 16, Scharlach 6, Diphtherie 5, Croup 2, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 35, Erysipelas 8, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberculose der Lungen 102, Tuberculose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 37, Marasmus senilis 31, Krankheiten des Verdauungscanals 43, Todtgeborene 29.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 31. März.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 13. April.

Дозв. ценз. Спб. 28 Марта 1892 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Wienecke, Katherinenhofer-Pr. № 15.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 14 St. Petersburg, 4. (16.) April 1892

Casuistische Mittheilungen.

Von

Dr. Zoege von Manteuffel

Dorpat.

II. Pyaemia multiplex cryptogenetica. Genesung [1]).

Am 22. Juni 1891 wurde ich zu Herrn v. E. aufs Land consultirt und fand bei ihm eine tiefe Phlegmone der rechten Achselhöhle, über deren Entstehung mir der Patient und der behandelnde College, Dr. Hasenjäger, folgendes mittheilten: Als Herr v. E. vor etwa 14 Tagen ein Paar unruhiger Pferde kutschte, hatten sich die Enden der Leinen im Rade verwickelt. Nur mit einem gewaltsamen Ruck gelang es v. E. noch rechtzeitig die starken ledernen Leinen zu zerreissen. Dabei verspürte er in der Achselhöhle einen ziemlich heftigen Schmerz und gleich darauf eine erhebliche Schwäche im rechten Arm, die auch die folgenden Tage nicht weichen wollte. Trotzdem ging er den ganzen Tag über im Walde umher, legte auch bei den Arbeiten mehrfach selbst Hand an, doch störte ihn dabei eine schmerzhafte Schwäche und Steifigkeit. Nach 3 Tagen wurde Temperatursteigerung constatirt und Pat. zu Bett gebracht. Er gab ferner an, seit seiner Schulzeit eine geschwollene Achseldrüse, deren Entstehung er auf ein stark misshandeltes Ekzem zurückführte, bemerkt zu haben. Die Drüse war namentlich im Sommer, wo sein Beruf (Förster) ihn zu vielfachem Gebrauch des rechten Armes nöthigte, immer wieder angeschwollen und zwar zu solcher Grösse, dass sie ihn z. B. im Schiessen hinderte, ohne doch dabei weh zu thun. Nach der gewaltsamen Muskelaction beim Zerreissen der Leinen war die Drüse, die Dr. Hasenjäger noch einige Tage vorher zufällig deutlich vergrössert hatte fühlen können, nicht mehr nachzuweisen gewesen. Wie ich später erfuhr, hatte Pat. einige Monate früher einen räudigen Hund selbst behandelt und in dieser Zeit eine kleine Risswunde an der rechten Hand bemerkt, die jedoch anstandslos verharscht und verheilt war. Ich ordnete die Ueberführung des bis 40° Fiebernden zur Stadt an, woselbst er einige Tage später eintraf. Der Befund an dem kräftigen musculösen Manne war folgender:

Respiration frequent, Puls circa 100; Temp. 39,9. Gesicht etwas cyanotisch. Haut von Schweiss bedeckt. Local fand sich am axillaren Rande des M. pectoralis dexter eine oedematöse Infiltration, die die vordere Hälfte der Achselhöhle in ihrem unteren Theil einnahm und nach abwärts bis 3 Finger breit von der Brustwarze ging. Keine Fluctuation, keine erhebliche Druckempfindlichkeit. Am anderen Tage den 28. Juni, Eröffnung des Abscesses in Narkose. Erst auf den Mm. intercostales stösst man auf den etwa apfelgrossen Abscess. aus dem sich dicker gelber Eiter, etwa von der Consistenz sauren Rahms, entleert. — Drainage, lockere Tamponade. Die Temperatur fällt auf 37,9, ist am folgenden Morgen 37,2, steigt jedoch gleich wieder. Am 3. Juli Eröffnung eines zweiten Abscesses in der linken Achselhöhle, der den M. pectoralis bis zur Clavicula hinauf unterminirt, der auch hier bestehenden Schmerzlosigkeit wegen früher nicht bemerkt); vorübergehender Temperaturabfall. Nach einigen Tagen tritt am rechten Oberschenkel und in der Weiche ein Erythem in grossen Flecken auf. Jetzt werden die Morgenremissionen der Temperatur deutlicher; Abends immer noch 39,4—39,5; Puls um 100. Plötzlich eines Tages hartnäckiger Husten, ohne dass an den Lungen was nachzuweisen ist, Sputum spärlich, schleimig, mehrere Fröste. (Consultation mit Prof. Dehio).

Plötzlich am 14. Juli Schmerzen im Leibe, Abdomen gebläht, ohne dass vorher Stuhlverstopfung bestanden hätte. Nach 24 Stunden spontan mehrere dünne Stühle, die etwas Eiter enthalten; grosse Erleichterung. Ordinationen in der Folge, da der Stuhl wieder in Ordnung und keine Erscheinungen von Seiten des Abdomen: tägl. 1 Flasche Cognac, 1/2 Fl. Champagner, 3 Glas Bier, 1/2 Fl. Rothwein (mit dem der Champagner versetzt wird). — Appetit vorzüglich, namentlich isst Pat. viel Fleisch; täglich kalte Bäder. Damit gelingt es aber doch nur zeitweise die Temp. auf die Norm herabzudrücken, stets steigt sie wieder zur früheren Höhe. Milz nicht erheblich vergrössert.

Am 22. Juli kann Pat. plötzlich sein linkes Bein nicht strecken, es steht in einem Winkel von ca. 150—160° flectirt. Die Flanken beiderseits gedämpft, namentlich links, wo auch eine bei dem inzwischen fettleibig gewordenen Kranken nur undeutlich zu palpirende Resistenz und leichte Druckempfindlichkeit sich geltend macht. Am 23. Juli plötzlich ziemlich heftiger, sich steigernder Harndrang. Pat. muss 13 Mal am Tage uriniren. Urin enthält bis linsengrosse Eiterflocken in mässiger Menge, mikroskopisch Eiterkörperchen und Kokkenketten, anscheinend dieselben, wie sie sich auch im Abscess nachweisen liessen. Jetzt geht die Temperatur stetig, aber langsam zurück. Die ganze Zeit über ist das Sensorium vollkommen frei, der Kräftezustand ein vorzüglicher. Am 5. Aug. Temp. zum ersten Mal unter 37° Morgens, 37,5 Abends. Dann wird das Abdomen weicher. Der die letzten 10 Tage nur mit Klysma zu erzielende Stuhl wird weicher und kommt spontan. Blasenreizung besteht noch, nimmt aber auf einige Salolgaben ab.

Am 27. August konnte Pat. mit geheilter Wunde entlassen werden. Er sah frisch und gesund aus und hatte beträchtlich zugenommen.

[1]) In der Dorpater med. Gesellschaft vorgetragen.

Diese kurze Wiedergabe der sehr langen Leidensgeschichte dürfte genügen um Ihnen, m. H., das Bemerkenswerthe des Falles zu illustriren. So eigenthümlich wie die Entstehungsgeschichte der Achselhöhlenphlegmone war, so eigenthümlich waren die verschlungenen Pfade, die das pyämische Virus wählte, um doch schliesslich aus dem Körper eliminirt zu werden. Eine chronische Drüsenschwellung von jahrzehntelanger Dauer, jedoch nicht tuberculöser oder scrophulöser Natur, vielleicht eine Exacerbation ein gewisses Plus an Infectionskeimen durch die Rhagade — das sind die aufgespeicherten Schädlichkeiten. Eine kräftige Muskelaction, die die erweichte Drüsenmasse zum Platzen bringt, ist die auslösende Kraft, die das Virus in die Blut- und Lymphbahn bringt. Auffallend war die geringe Eitermenge, seine dicke Consistenz — Dinge die wir sonst in diesem Maasse bei Achselhöhlenphlegmonen nicht zu sehen gewohnt sind. Die Entleerung von 2 Eiterherden schafft nur vorübergehenden Temperaturabfall. Es stellen sich Symptome einer Affection des Respirationstractus ein. Anfangs vermuthete ich eine Pleuritis durch Contiguitätsausbreitung von der Achselhöhlenphlegmone durch die Thoraxwand. Es war jedoch objectiv nichts derartiges nachzuweisen. Vielleicht haben kleine pneumonische Herde bestanden, das Sputum wies nicht darauf hin; es war sehr spärlich, nur schleimig. Vielleicht aber, und die Wege, die das Virus im übrigen Körper wählte, scheinen darauf hinzuweisen, war die Ursache des quälenden und heftigen trockenen Hustens eine Schwellung der Bronchialdrüsen.

War bisher noch ein Zweifel an dem septisch-pyämischen Charakter des Processes möglich, so schwand derselbe mit dem Auftreten des Exanthems. Noch während die Symptome von Seiten des Respirationstractus bestehen, kommt schon das Abdomen an die Reihe. Es wird aufgetrieben; Schmerzen stellen sich ein, die Zeichen peritonitischer Reizung. Auch diese localisirt sich eigenthümlich. Wie die Flectionsstellung der linken unteren Extremität zeigt, geht der Process an der hinteren Abdominalwand entlang, also dort, wo wiederum die Lymphdrüsen sich hinziehen. Von hier breitet er sich dann nach 2 Seiten aus, perforirt, wahrscheinlich extraperitoneal, in den Darm, bald darauf in die Blase, aus welchen Organen der Eiter, allerdings in spärlicher Menge, entleert wird.

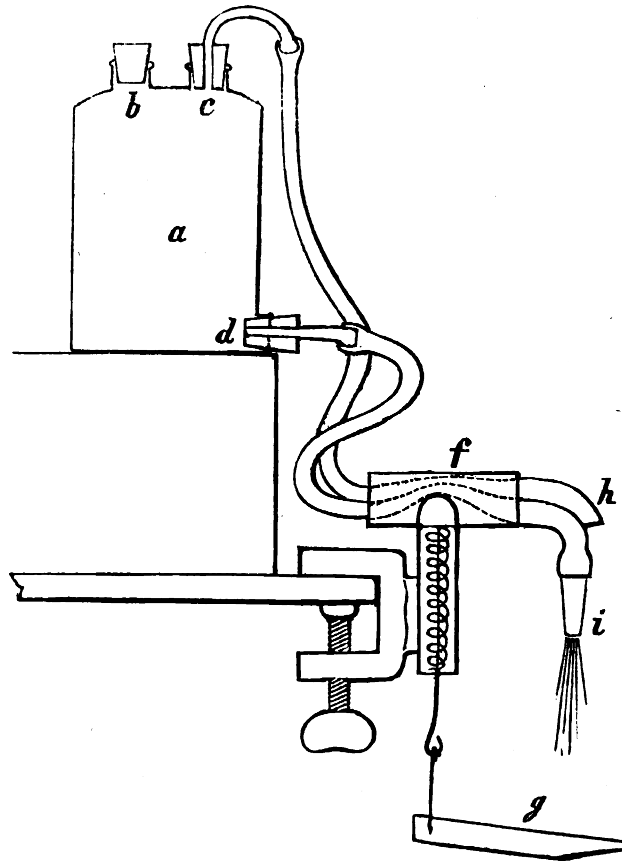
Wenn der Kranke alle diese Dinge relativ gut ertrug, ja im Verlauf des Krankenlagers sehr erheblich zunahm, so hat er das sicher seiner durch Waldluft und kräftige Bewegung gefestigten Constitution zu danken. Doch konnte ich der Alkoholtherapie, die ja neuerdings wieder etwas in den Hintergrund gedrängt werden soll, doch einen sehr bemerkenswerthen Einfluss nicht absprechen. Ganz ebenso wie nach den Bädern stieg der Appetit sofort zu der Höhe eines Reconvalescentenappetits, ein Moment, das für die Erhaltung der Resistenz bei nicht absehbaren Eiterungen von der allergrössten Bedeutung sein muss.

Eine kryptogenetische Pyämie im Sinne der älteren Schule erkennen wir nicht mehr an. Irgendwo muss das Virus die innere oder äussere Oberfläche des Körpers durchsetzt haben. Nur die Eingangspforte ist oft nicht mehr zu finden, sie ist schon verheilt, bis die Erscheinungen der Allgemeinerkrankung auftreten. Dass aber die Eitererreger als noch locales Leiden Jahrzehntelang ruhig im Körper herumgetragen werden können, um schliesslich doch Allgemeininfection zu bedingen, dürfte vorstehender Fall recht anschaulich illustriren.

Noch aus anderen Gründen habe ich geglaubt Ihnen, m. H., diese casuistische Mittheilung nicht vorenthalten zu dürfen. Ist doch der Gang, den die Eitererreger wählen, ein in solcher Ausdehnung ungewöhnlicher. Nicht sehen wir, wie sonst meist, die synovialen, und nur ganz secundär eine seröse Höhle in Mitleidenschaft gezogen. Ebensowenig findet sich eine Betheiligung der grossen Drüsen. — Ganz ausschliesslich hält sich der Process an den Lymphapparat, ein Gang, wie ich ihn auch in der jüngst von Denniz veröffentlichten Arbeit (Ueber septische Erkrankungen: Leipzig, Vogel 1891) nicht angegeben gefunden habe. Auch sonst ist mir aus der Litteratur kein Fall bekannt, in dem das pyämische Virus ausschliesslich die Lymphdrüsen in so multipler Weise ergriffen hätte, und die Blutbahn unberührt gelassen hätte.

III. Ein Alkoholbehälter für den Operationssaal.

Seit Fürbringer's Publicationen über die Desinfection der Hände ist der Gebrauch von Alkohol vor der Anwendung des eigentlichen Desinficiens wohl ein ziemlich allgemeiner Ich habe mich seit der Zeit stets dieses Mittels bedient und habe den Eindruck gewonnen, dass kein anderes fettlösendes Mittel die Einwirkung des nachfolgenden Antisepticum so begünstigt, weder Aether noch das viel billigere Benzin, weil sie beide zu flüchtig und in Wasser unlöslich sind. Während ich in dieser Hinsicht mich durchaus den Fürbringer'schen Ausführungen anschliessen kann, muss ich gestehen, dass die praktische Ausführung umständlich und theuer ist, beides Uebelstände, die in einer grösseren Klinik. wo viele Hände mithelfen, vielleicht weniger fühlbar sind, in kleineren Hospitälern aber recht unbequem werden. Entweder es sind 2 Hände nöthig, die dem Operateur den Alkohol auf den Wattebausch giessen und danach wieder selbst desinficirt werden müssen, was sich bei jeder Operation schon wegen der Assistenz häufig wiederholen wird, oder es muss der Alkohol in eine offene Schaale gegossen werden, wobei sehr viel durch Verdunstung verloren geht und der Rest meist fortgegossen werden muss.



Ich habe mir nun einen kleinen Apparat construirt, der mir schon längere Zeit in der Privatklinik und seit kurzem auch in dem hiesigen Kreishospital gute Dienste leistet. Der Apparat besteht, wie nebenstehende Abbildung zeigt, aus einer Wolf'schen Flasche (*a*), die oben 2 Oeffnungen aufweist, deren eine (*b*) das Zugiessen von Alkohol gestattet, während die andere den Zutritt filtrirter Luft ermöglicht. Um aber zugleich das Luftrohr beim Nichtgebrauch abzuschliessen, habe ich das von *c* abge-

hende gebogene Glasrohr mit einem Gummischlauch armirt, der mit dem von *d* abgehenden Abflussrohr durch denselben Krahn läuft, mithin zugleich mit ihm geöffnet und geschlossen wird. Den Krahn habe ich vom Instrumentenmacher Schwabe aus Moskau gekauft. Er schliesst durch einen von Federkraft getriebenen Stempel beide Rohre bei *f*. Tritt man auf das Brett *g*, so zieht man den Stempel im Krahn herab und öffnet beide Rohre gleichzeitig, ohne Gebrauch der Hände. Der Krahn ist sowohl an wagerecht, wie senkrecht stehenden Brettkanten (Tisch, Thüre) anzuschrauben, und ist von Schwabe auf dem internationalen Congress in Berlin an Waschtischeinrichtungen demonstrirt. Die Abbildung zeigt den Krahn geschlossen. Will man die zuströmende Luft filtriren, so kann man bei *h* in das Gummirohr etwas Watte schieben. Bei *i* habe ich eine kleine Glasspitze angebracht, sowohl um ein constantes Herabhängen zu erzielen, als auch, weil gelegentliche zufällige Berührungen mit den Händen oder der den Alkohol auffangenden Watte eine Desinfection dieses Endes wünschenswerth erscheinen lassen. Soll der Apparat gut functioniren, so muss stets die Flasche etwas höher stehen als *f* und sollen zweitens die beiden Rohre in *f* über einander, nicht neben einander liegen.

Das Europhen als Verbandmittel *).

Von
Dr. O. Petersen
in St. Petersburg.

Im Verlauf der letzten zehn Jahre begegnete man oft der Mittheilung, es sei ein Mittel gefunden, welches das Jodoform vollständig ersetze, aber leider sah man sich fast ebenso oft enttäuscht. Es ist daher ganz natürlich, dass wir uns derartigen Mittheilungen gegenüber äusserst skeptisch verhalten. Von allen Ersatzmitteln des Jodoforms hat mir nur ein Mittel genügt, welches in der That gute Resultate giebt, wie ich im «Wratsch» vor 1½ Jahren berichtet: das ist das Pyoktanin. Im Verlaufe der letzten 2 Jahre habe ich es in grossem Maassstabe sowohl in der Hospitals- als auch in der Privatpraxis angewandt und bin mit ihm vollkommen zufrieden. Aber, wie es keinen Menschen ohne Fehler giebt, so hat auch jedes Mittel ausser seinen Licht- auch seine Schattenseiten. Die Nachtheile des Pyoktanin bestehen darin, dass es bei ungenügender Vorsicht des Kranken die Wäsche verfärbt, und zweitens, dass es sich nicht eignet zu Verbänden, die wir auf Wunden oder Geschwüren länger liegen lassen wollen, z. B. bei Druckverbänden nach Auskratzung von Bubonen.

Daher sind wir gezwungen immer wieder neue Mittel zu versuchen, um ein gutes Surrogat durch ein besseres zu ersetzen. Jodol, Sozojodol, Aristol und Dermatol haben mir ungenügende Resultate gegeben. Vor einigen Monaten tauchte ein neues Mittel auf: das Europhen. Die Erfahrungen, die ich mit diesem Mittel gemacht habe, sind so befriedigende, dass ich es für meine Pflicht halte, sie den Collegen mitzutheilen, in der Hoffnung, dass sie sich bewogen sehen werden, auch selbst das Mittel zu versuchen.

Die erste Mittheilung über Europhen als ein Mittel, das im Stande wäre das Jodoform in vielen Fällen zu ersetzen, hat Siebel [1]) gemacht. Nach seinen Erfahrungen verzögert Europhen bedeutend die Entwickelung der Eiterkokken und anderer Mikrobien, während es zugleich für den Menschen vollkommen ungiftig ist. Ein Mensch kann innerlich 0,5 Europhen einnehmen, ohne irgend eine Nebenwirkung zu spüren, nach 1,0 tritt ein schnell vorübergehendes Magendrücken ein. Eines nur ist äusserst bedauerlich: die Fabrik vormals F. Bayer und Co., hat die Herstellungsweise des Europhen leider nicht detaillirt angegeben. Siebel beschränkt sich auf die Mittheilung, dass das Europhen gewonnen werde durch Einwirkung von Jod auf Isobutylorthokresol bei Anwesenheit von Salzen der Alkalien. Das Europhen, oder chemisch ausgedrückt, das Isobutylorthokresoljodid, enthält 28,1% Jod und stellt ein äusserst feines, gelbes Pulver dar, unlöslich in Wasser, dagegen leicht löslich in Alkohol, Aether, Chloroform und in Oelen. Ueber den Geruch schreibt Siebel nichts; Eichhof [2]) sagt, Europhen habe einen aromatischen Geruch, der leicht an Safran erinnere und Nolda [3]) begnügt sich mit der Angabe, Europhen habe einen nicht unangenehmen Geruch. Ich meinerseits möchte behaupten, der Geruch erinnere an den des Cedernholzes, andere Collegen haben gefunden, es rieche nach Thymol, Jod, etc. Mit einem Wort, und das ist hier die Hauptsache, Europhen hat keinen starken und eigenartig widrigen Geruch, wie Jodoform [4]). Die Farbe des äusserst feinen Pulvers ist nicht so gelb, wie die des Jodoforms und Dermatols, und ist eher bräunlich-gelb, so dass man es leicht von Dermatol unterscheiden kann; am meisten Aehnlichkeit hat es in der Farbe von Aristol. Eichhof fügt noch hinzu, das Europhen löse sich leicht in Collodium und Traumaticin. Wichtig ist noch (wie es auch auf den Schachteln, in denen das Pulver verschickt wird, angegeben ist), dass man das Europhen nicht der Einwirkung von Licht und Feuchtigkeit aussetzen darf, welche beiden es schnell zersetzen; übrigens habe ich es 2 Monate lang in meiner Hospitalabtheilung gehalten, ohne dass es sich zersetzt hätte. Zum Gebrauch halte ich es in einem dunklen Glasgefäss. Uebrigens hat neulich ein Patient Europhen aus der Apotheke in einem hellen Glase bekommen und ist im Verlauf von 3 Tagen keine Zersetzung zu bemerken gewesen. Der Preis ist, wie bei jedem neuen, noch dazu patentirten Mittel, ein verhältnissmässig hoher, 3 Rbl. 60 Kop. die Unze, doch ist es auch jetzt in der That nicht theuer, da es 5 Mal leichter ist als Jodoform.

Ueber die therapeutische Wirksamkeit des Europhen sind, ungeachtet der kurzen Zeit, schon 4 Arbeiten erschienen, über die ich referiren will, bevor ich meine eigenen Resultate berichte.

Die erste Mittheilung über die Wirkungen des Europhen stammt von Eichhof. Er wandte das neue Mittel als Streupulver unvermischt, in Salben, und subcutan in Oel gelöst in folgenden 33 Fällen seiner Praxis an: 15 Fälle von Syphilis, 5 Fälle von parasitärem Ekzem, 2 Fälle von Ulcus molle, 2 Fälle von Gonorrhoe, 2 Fälle von Ulcus cruris, 1 Fall von Ekzema impetiginosum, 1 Fall von Psoriasis, 1 Fall von Favus, 1 Fall von Scrophuloderma, 1 Fall von Lupus und 1 Fall von Combustio. Aus dieser Zusammenstellung ist ersichtlich; dass als Indication für die Anwendung des Europhen Desinfection diente. Eichhof kommt dabei zu folgenden Schlüssen: Europhen wirkt günstig auf venerische Erkrankungen und wird einen festen Platz unter den Desinficientia einnehmen; seine Wirkung erklärt sich aus einem allmäligen, aber beständigen Abspalten kleiner

*) Vorliegende ist die einzige vom Verf. autorisirte Uebersetzung seiner im «Wratsch» erschienenen Arbeit. Die von der Verwaltung der Farbenfabriken vormals Bayer und Co. in Elberfeld ohne Wissen des Verf.'s veranstaltete und versandte Uebersetzung bittet Verf. unbeachtet zu lassen, da er dagegen protestiren muss, dass russische Arbeiten zu Reclamen verwandt werden, ohne die Einwilligung des Verf. eingeholt zu haben, die der Verf. entschieden verweigert hätte.

[1]) Therapeutische Monatshefte 1891 Nr. 8.

[2]) Therapeutische Monatshefte 1891 Nr. 8.

[3]) Therapeutische Monatshefte 1891 Nr. 10.

[4]) Einer meiner Privatpatienten hat übrigens schon ein Mittel gefunden, um auch die Spuren von Geruch zu beseitigen, indem er sich sein Taschentuch mit Syringenodeur parfümirte.

Mengen von Jod; seine Wirkung tritt nur bei Anwesenheit von Feuchtigkeit (auf feuchten Flächen) ein; bei Ekzema parasitarium, Psoriasis und Favus ist Europhen wirkungslos. Dank dem Europhen kann man den Gebrauch des Jodoforms einschränken. Zu den 33 kurzen Krankengeschichten, die Eichhof anführt, muss ich einige Bemerkungen machen. Im ersten Falle, einer ulcerirten Sklerose von der Grösse eines silbernen Fünfkopekenstückes, hat Eichhof 2 Mal täglich das Pulver aufgestreut; nach 5 Tagen hörte die Eiterung auf und nach 10tägiger Behandlung (es waren 5 Quecksilberinunctionen gemacht worden) waren nicht nur die Geschwüre glatt vernarbt, sondern auch die knorpelige Induration war verschwunden. Eine so frappante Wirkung haben wir bisher noch bei keinem einzigen Mittel gesehen und daher entsteht unwillkürlich ein Zweifel an der Objectivität des Beobachters und das Misstrauen gegen das Mittel wird verstärkt. Dasselbe muss man auch vom 2. Falle sagen, in dem breite Condylome des Afters bei täglich 3maliger Bepuderung mit Europhen vollständig schwanden. Nach derartigen Resultaten wundert man sich um so mehr, dass bei parasitärem Ekzem, (der Autor hat wahrscheinlich Dermatomykosis im Auge), Europhen gar keine Wirkung zeigte. Auf solche Fälle bezieht sich augenscheinlich auch die Bemerkung Eichhof's, dass Europhen nur bei Anwesenheit von Feuchtigkeit wirke. Da nun bei der nässenden Flechte (Ekzem) immer einige Feuchtigkeit vorhanden ist, so hat Eichhof es offenbar nicht mit Ekzem zu thun gehabt. Dagegen hat in 4 Fällen, wo er das Europhen auf Wunden anwandte, die umgebende Haut ein ekzematöses Ansehen gewonnen.

Die subcutane Anwendung des Europhen bei Syphilis (0,015—0,1 täglich einmal eingespritzt) stellt, obgleich die Erscheinungen zum Schwinden gebracht wurden, dennoch keinen Fortschritt in der Therapie der Syphilis dar, da sie keinerlei Vorzüge vor anderen Methoden der Therapie aufweist. Interessant ist nur, dass bei verhältnissmässig geringen Mengen nach der ersten Einspritzung sich Leib- und Kopfschmerzen einstellten; die folgenden Einspritzungen riefen jedoch keine Nebenwirkungen mehr hervor (Temperaturmessungen wurden leider nicht angestellt). Daher verdient der Vorschlag Eichhof's, das erste Mal nur eine kleine Quantität zu injiciren und dann allmälig die Dosis zu steigern, ernste Beachtung. In die Beschreibung des 29. Falles (pag. 384) hat sich ein unangenehmer Druckfehler eingeschlichen: es wird gesagt, es seien 0,5 eingespritzt worden, offenbar muss man aber lesen: 0,05. Bei Gonorrhoe waren die Resultate schlechter als negativ. Die Reizung der Urethra und die Schmerzen wurden vermehrt. Eichhof spritzte eine $^1/_2$—$2^1/_2$ pCt. Emulsion ein (Europhen 1,0—5,0, Oleum oliv. und Gummi arabicum āā 10, Aquae dest. 200,0). Und so ermuthigte die Arbeit Eichhof's im Allgemeinen nicht zu Versuchen mit dem neuen Mittel, und zwar um so weniger, als er in Elberfeld lebt, wo sich auch die das Europhen erzeugende Fabrik befindet.

Die zweite Arbeit ist von Löwenstein [5]) (auch aus Elberfeld), der das Europhen in 23 Fällen von Nasen- und Ohrenkrankheiten angewandt hat. Er hat ganz gute Resultate bei atrophischer Rhinitis, bei leicht blutenden Erosionen der Nasenscheidewand und bei kleinen Operationen in der Nase erhalten. Bei Ozaena zieht er das Aristol vor. In 2 Fällen von Tuberculosis laryngis blieb Europhen wirkungslos. Löwenstein schlägt vor, es in Salbenform anzuwenden. Seine Arbeit muss man als objectiv anerkennen und daher hinterlässt sie den Allgemeineindruck, dass man dem Europhen augenscheinlich gute Wirkungen zuschreiben kann.

Die Arbeit Petersen's [6]) bestätigt auch die therapeutische Wirksamkeit des Europhen. Endlich ist noch ein Artikel von A. Nolda [7]) erschienen, welch' Letzterer das Europhen in 7 Fällen von Ulcus molle als Streupulver 2 Mal täglich anwandte und in 7—14 Tagen Heilung erzielten. Ferner hat das Mittel noch in 2 Fällen von Ulcera cruris und in einem Fall von hartem Schanker gut gewirkt und mit besonderem Erfolge ist es in drei Fällen von eitriger Otitis media angewandt worden. Nolda kommt zu dem ein wenig voreiligen Schluss, man könne das Europhen in allen Fällen, wo man bisher Jodoform anwandte, brauchen. Wie schnell sich in unserer Zeit die Autoren eine Meinung bilden, kann man sehr schön im gegebenen Falle sehen. Nolda versichert ganz ruhig, das Europhen übertreffe an Wirksamkeit das Jodoform, und thut dieses, gestützt auf einen einzigen Fall, wo er die eine Hälfte eines ausgebreiteten weichen Schankers mit Jodoform, die andere mit Europhen bestreute, wobei letztere 2 Tage früher zuheilte, als erstere!

Ich trat, nach Durchsicht obengenannter Arbeiten, mit einigem Misstrauen an die Prüfung des Europhens heran, einem Gefühl, welches immer auftaucht, wenn ein neues Mittel übermässig gelobt wird, zumal wenn die Autoren es direct vom Fabrikanten erhielten.

Bis jetzt habe ich das Europhen in 60 Fällen angewand und zwar:

in	25	Fällen von	Circumcisio
»	20	» »	Ulcus molle
»	7	» »	Ulcus durum
»	3	» »	gummösen Geschwüren
»	2	» »	Spaltung von Bubonen
»	2	» »	Geschwüren des Scrotums und
»	1	» »	Panaritium.

Wie man aus der Zusammenstellung sieht, gehören alle meine Fälle der kleinen Chirurgie an; daher haben weder ich noch die anderen Autoren das Recht von einem völligen Ersatz des Jodoforms durch das Europhen zu reden. Es ist sehr leicht möglich, dass sich hier dasselbe abspielen wird, wie mit dem Pyoktanin. Die Vertreter der kleinen Chirurgie lobten es, daher fing man an es auch bei grossen Operationen zu verwenden, wo es sich als ungeeignet erwies

Die Resultate, die ich erhalten habe, sind, wie schon bemerkt, sehr befriedigende.

Die Circumcisionswunden heilten fast alle per primam (die genähten Wunden wurden mit dem Pulver bestreut, darauf kam sterilisirte Marly, Watte und eine Binde, Verbandwechsel täglich oder über einen Tag). Nur in einem Fall, wo der Patient 2 Tage nach der Operation an Influenza erkrankte, ging ein Theil der Wunde wieder auf; in 2 Fällen gingen die Wunden 3—4 Tage nach der Verheilung in Folge heftiger Erectionen wieder auf.

In Fällen von weichem Schanker reinigten sich die Wunden schnell und verheilten [8]). Die Einpuderung der Wunden mit Europhen geschah im Hospital 1—2 Mal täglich, in der Privatpraxis 3—5 Mal, je nach dem Zustande der Geschwüre. Hierbei muss ich hervorheben, dass die Geschwüre nicht ausgeschabt und mit Desinficientien gewaschen, sondern nur mit hygroskopischer Watte abgewischt wurden [9]). In einem Falle verheilten 2 weiche Schanker der Streckseite des Vorderarms langsam (ca. in 3 Wochen). Der Kranke, von recht schlechter Constitution und Ernährung, trat mit 7 recht unreinen

[5]) Therapeutische Monatshefte 1891 Nr. 9.

[6]) Münchener med. Wochenschrift 1891 N. 10.

[7]) Therapeutische Monatshefte 1891 Nr. 10.

[8]) Die Zahl der Fälle ist noch zu gering, um eine Durchschnittsdauer der Heilung zu berechnen. Sie ging in 12—15 Tagen vor sich.

[9]) In einem Falle, der in der Poliklinik des klinischen Instituts behandelt wurde, wurden am 16. December 2 weiche Schanker der Pars pendula ausgekratzt und mit Europhen verbunden. Als ich den 21. Dec. (nach 5 Tagen), den Verband abnahm, waren die Wunden schon vernarbt.

retroglandulären Geschwüren, die einen härtlichen Boden hatten, in's Hospital ein. Die Inguinaldrüsen waren vergrössert, ein wenig schmerzhaft, ziemlich hart. Die Anamnese ergab Syphilis. In Folge dessen wurden, der Differentialdiagnose wegen, Impfungen auf den Vorderarm gemacht. Es entstanden typische weiche Schanker, deren Grund jedoch bedeutend indurirte. Anfangs vergrösserten sich die Geschwüre trotz des Europhen, welche Thatsache übrigens sich nach 10 Tagen aufklärte. Der Kranke begann über Halsschmerzen zu klagen; auf den Tonsillen erschienen Schleimhautpapeln; folglich hatten wir es mit einem Syphilitiker zu thun, der einen weichen Schanker acquirirt hatte und bald darauf ein Recidiv bekam. Die Geschwüre auf dem Penis verheilten viel schneller, als die auf dem Vorderarm; nach 4 Injectionen von Hydrarg. salicyl. (wöchentlich einmal 0,1) verschwand die Härte des Grundes schnell.

Auch bei hartem Schanker und zerfallenem Gumma erhielt ich mehrfach gute und ziemlich schnelle Erfolge.

Am meisten interessirte mich die Wirkung des Europhens bei eröffneten und ausgekratzten Bubonen. Leider hatte ich in letzter Zeit nur 2 derartige Fälle und kann nur sagen, dass auch hier die Resultate gute waren. Der Druckverband wurde 7—9 Tage liegen gelassen, nach seiner Abnahme erwiesen sich die Wunden als rein und in Heilung begriffen, obgleich ich in einem Falle eine Dermatitis der Umgebung fand.

In einem Fall von Panaritium wurde die Heilung mit 2maligem Verbandwechsel (nach 4 und 3 Tagen) erzielt.

Und so kann ich auf Grundlage meines, ich wiederhole es, nicht grossen Materials sagen, dass das Europhen ein taugliches Surrogat für Jodoform in der kleinen Chirurgie und bei weichem Schanker bildet und verdient, dass die Versuche mit ihm fortgesetzt werden. Ein Jeder, der weiss, wie die Privatpatienten den Geruch des Jodoforms scheuen, wird begreifen, wie wichtig es ist, ein Mittel zu haben, welches weiche Schanker zum Verheilen bringt, ohne dass die Kranken ihre Berufsthätigkeit zu unterbrechen brauchen.

Zum Schluss muss ich bemerken, dass in Bezug auf weiche Schanker das Europhen eben nur die Rolle eines «Streupulvers für den Verband» spielt; für eine erfolgreichere Therapie verbleibt dennoch der Auskratzung die Hauptrolle, da sie alles pathologisch veränderte Gewebe und die Parasiten entfernt.

Referate.

H. F. Nicolai: Verletzung durch Blitzschlag. (Deutsche Militärärztl. Zeitschr. 1892).

Am 9. Juni 1891 schlug ein Blitzschlag in eine Gruppe Soldaten, die bei einer Felddienstübung auf dem Schätzelberge bei Mariendorf unweit Berlin beschäftigt war, und tödtete ein Pferd, während durch Nebenstrahlen ein Mann schwer und 4 Mann leicht verletzt wurden, so wie ein Officier, der 10 Schritte abseits vom Pferde stand, und mehrere andere Leute, welche in der Nähe standen, umgeworfen und betäubt wurden. Verf. hat den vorliegenden Unglücksfall zum Thema einer eingehenden Betrachtung gewählt, wobei er die genau geführten Krankenbogen anführt. Von den Verletzten genasen einige früher, andere nach längerer Zeit; die Blitzfiguren auf dem Körper der Verletzten sind theilweise durch photographische Abbildungen erhalten und werden eingehender Erklärung unterworfen. — Auf das Nähere einzugehen verbietet uns der Raum, doch können wir bei der spärlichen Litteratur, die über diesen Gegenstand existirt, Jedem, den es interessirt, diese gründlich durchgearbeitete Schrift empfehlen, die als Sonderabdruck zum Verkauf vorliegt. Verf. kommt zu folgendem Schluss: «So mannigfach sich auch die Erscheinungen gestalten mögen, so lassen sich dieselben bei nüchterner Betrachtung doch stets auf dieselben allgemeinen Gesetze zurückführen, und die Mannigfaltigkeit hat ihren Grund nicht in einer qualitativ verschiedenen Einwirkung derselben Kraft, sondern nur in der Verschiedenheit der Angriffsobjecte, in der verschiedenen Art des Verhaltens letzterer gegenüber der gewaltigen Einwirkung des Stromes und in der Verschiedenheit der Medien, welche die betroffenen Körpertheile umgeben». Grimm.

Paul Demiéville: Subcutane Injection von Salzwasser bei der Gastroenteritis kleiner Kinder. (Revue médic. de la Suisse Romande. Nr. 1).

Wir haben bereits mehrfach Referate über die Anwendung der subcutanen Wasserinjectionen bei acuten katarrhalischen Affectionen des Darmtractus gebracht und wollen nicht unterlassen auf den von Demiéville beschriebenen Fall aufmerksam zu machen, der sehr geeignet ist den Nutzen der erwähnten Therapie zu demonstriren. Ein 7 Monate altes Kind, welches mit Kuhmilch ernährt wird, erkrankt an profuser Diarrhoe, welcher sich nach einigen Tagen Erbrechen hinzugesellt. Alle Mittel versagen ihren Dienst, weder Calomel und Kreosot noch die Anwendung von Cognacwasser und Taninklysmen sind im Stande Linderung zu schaffen. Am 5. Tage der Erkrankung constatirt der Autor das vollständig ausgeprägte Bild der Erschöpfung und des Verfalles, mit Krämpfen und nicht mehr fühlbarem Pulse. Es werden nun 150 Gramm einer 6‰ Kochsalzlösung unter die Haut infundirt mit darauf folgender centripetaler Massage. Bald nach der Operation hörten Erbrechen und Diarrhoe auf, der Puls war wieder fühlbar, und das Kind erholte sich im Verlaufe einiger Tage vollkommen. Abelmann.

C. H. H. Spronck: Die Invasion des Klebs-Löffler'schen Diphtheriebacillus in die Unterhaut des Menschen. (Centralbl. f. allg. Path. und pathol. Anatomie, Bd. III. Nr. 1, 1892).

Verf. hat bei 3 Obductionen von Kindern, welche an Diphtherie gestorben und einige Tage vor dem Tode tracheotomirt worden waren, in der Umgebung der Operationswunde ein mehr oder weniger ausgedehntes subcutanes Oedem gefunden. Dasselbe bestand aus einer farblosen oder leicht gelblichen Flüssigkeit, welche eben nur das subcutane Bindegewebe erfüllte. An der äusseren Haut, sowie an den Wundrändern war von einer Schwellung oder Röthung wenig oder gar nichts zu entdecken. In allen 3 Fällen gelang es dem Verf. aus der Oedemflüssigkeit reichliche Culturen der Diphtheriebacillen zu züchten. Ausser diesen Bacillen, welche zuweilen direct als Reinculturen der Leiche entnommen werden konnten, fanden sich in der Nähe der Tracheotomiewunde dazu noch Mikrokokken.

Ohne seinen wenigen Untersuchungen mehr als eine vorläufig orientirende Bedeutung beizumessen, glaubt Verf. doch darauf hinweisen zu müssen, «dass auch beim Menschen die Diphtheriebacillen das lockere Zellgewebe invadiren können und dass diese Invasion durch Entwickelung eines progressiven entzündlichen Oedems gekennzeichnet ist . . . auch bei gutem Aussehen der Wunde».

Die Möglichkeit einer derartigen Complication des Wundverlaufes nach Tracheotomie wegen Diphtherie ist jedenfalls von prognostisch nicht zu unterschätzender Bedeutung. Wladimirow.

V. Tassinari: Wirkung des Tabakrauches auf einige pathogene Mikroorganismen. (Vortrag, gehalten auf dem XIV Congress der italienischen Medicinischen Gesellschaft (Arch. ital. de biologie XIV, Fasc. I, 1891).

Schon Hufeland empfiehlt in seiner Makrobiotik den Aerzten während der Epidemien Tabak zu rauchen, falls sie daran gewöhnt sind, um sich dadurch vor Infection zu schützen, ohne eine weitere Begründung seines auf Empirie gestützten Rathes angeben zu können. Diese Begründung wird nunmehr von der exacten Forschung geliefert, denn, wie die Versuche von Tassinari schliessen lassen, ist der Tabaksrauch, wenigstens für gewisse pathogene Bakterien, durchaus nicht indifferent.

Mit Hilfe eines besonders construirten Apparates hat T. eine Reihe von Krankheitserregern in Bouillonculturen kürzere und längere Zeit dem Rauche verschiedener Cigarren- und Tabaksorten ausgesetzt und sie darauf auf ihre Fortpflanzungsfähigkeit in Plattenculturen geprüft. Angesichts der Resultate seiner zahlreichen Untersuchungen fühlt sich T. berechtigt, folgende Thesen aufzustellen:

1) Der Rauch der Cigarren (cavour, virginia, toscans) und des Tabaks (moro, trinciato) besitzt eine ausgesprochene bakterientödtende Wirkung, besonders gegenüber dem B. choler. asiat.

2) Diese bakterientödtende Wirkung muss aller Wahrscheinlichkeit nach den Verbrennungsproducten (produits pyrogéniques) des Nicotins zugeschrieben werden.

3) Zur Zeit von Cholera- und Typhusepidemien kann die Gewohnheit Tabak zu rauchen, anstatt zu schaden, sogar von einigem Nutzen sein.

4) Der Tabakrauch verdient in der Hygiene des Mundes ernste Beachtung als prophylaktisches Mittel gegen Affectionen der Mundhöhle parasitären Ursprungs.

Wladimirow.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Arnold Pollatschek: Fortschritte der Therapie in den Jahren 1889 und 1890. (Успѣхи терапіи. Ежегодникъ для практическихъ врачей). Uebersetzung aus dem Deutschen mit einigen Zusätzen aus der russischen Literatur. Verl. der Kais. Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff (Kranz und Röttger). St. Petersburg, 1892. 471 S.

Das bekannte therapeutische Jahrbuch Dr. Pollatschek's, welches in gedrängter Kürze eine dankenswerthe Zusammenstellung der in der medicinischen Fachliteratur der Jahre 1889 und 1890 zerstreuten therapeutischen Angaben, nach dem Namen der Krankheiten alphabetisch geordnet, enthält, und dadurch dem praktischen Arzt ein recht brauchbares Hülfsmittel zur raschen Orientirung in der Masse der therapeutischen Arbeiten ist, liegt uns hier in einer ganz gelungenen russischen Uebersetzung vor. Der Gedanke der Verlagsbuchhandlung, die werthvolle Arbeit auch dem russischen Aerzte-Publicum leichter zugänglich zu machen muss als ein recht glücklicher bezeichnet werden. Eine Bereicherung hat die russische Ausgabe dadurch erfahren, dass in derselben auch die einschlägige russische Literatur (unter jedesmaliger Quellenangaben) Berücksichtigung gefunden hat, was den Werth des Buches noch erhöht, welches, wie bereits im Auslande so auch unter den russischen Praktikern, sich gewiss Freunde erwerben wird. Druck und Ausstattung sind befriedigend.

Das vorliegende Werk ist der erste medicinische Verlagsartikel der hiesigen Schmitzdorff'schen Hofbuchhandlung; wie wir erfahren, beabsichtigen die jetzigen Inhaber der Firma diese Richtung künftig weiter zu cultiviren, wozu wir ihnen den besten Erfolg wünschen. Bernhoff.

Paul Sollier. Der Idiot und der Imbecille. Eine psychologische Studie. Deutsch von Dr. P. Brie. Mit einem Vorwort von Prof. Pelman. (Hamburg, Voss. 1891, 226 Seiten mit 12 Schrifttafeln).

Bei der gegenwärtig vorhandenen Massenproduction von medicinischer Literatur ist es ein natürlicher Umstand, dass nur wenige Bücher entstehen, welche von vornherein den Eindruck des Ungewöhnlichen, des bleibenden Werthes erzeugen. Das vorliegende Werk des französischen Autors gehört zweifellos zu diesen seltenen Erscheinungen. Mit Recht schenkt Prof. Pelman, der die deutsche Uebersetzung mit einer Vorrede begleitet, der Feinheit des Verfassers in psychologischen Dingen, mit welcher dieser der geistigen Entwickelung des Idioten und des Imbecillen nachgegangen ist, das höchste Lob. «Wir sind durch Sollier in den Besitz einer Psychologie des Schwachsinns gekommen in einer Vollständigkeit, wie sie uns bisher nicht zu Gebote stand».

Es ist hier nicht möglich auf den reichen Inhalt des Buches in vollständigem Referat einzugehen. Nur einige Grundanschauungen seien hervorgehoben. S. definirt die Idiotie als eine auf verschiedenartigen Veränderungen beruhende Gehirnerkrankung, welche charakterisirt ist durch Störungen der intellectuellen, sensitiven und motorischen Functionen bis zur fast vollständigen Aufhebung derselben, und die ihren besonderen Charakter, namentlich was die intellectuellen Störungen betrifft, nur dem jugendlichen Alter der Individuen entlehnt, die sie befällt. Verf. sieht die Aufmerksamkeit als die Hauptsache bei der geistigen Entwickelung an und theilt auf dieser Grundlage die Idiotie in 3 Kategorien:

1. Schwere Idiotie: vollständige Geistesabwesenheit und Unvermögen zur Aufmerksamkeit;
2. leichte Idiotie: Schwäche und Erschwerung der Aufmerksamkeit;
3. Imbecillität: Unbeständigkeit in der Aufmerksamkeit.

Unter gleichzeitiger Berücksichtigung der körperlichen Abnormitäten giebt Verf. die Psychologie des Idiotismus in der Betrachtung der Sinneswahrnehmungen, der Aufmerksamkeit, der Triebe, Gefühle, der Sprache, der Intelligenz, des Willens, des Selbstgefühls, der Verantwortlichkeit. In psychologischer wie in socialer Beziehung findet er durchgreifende Unterschiede zwischen dem Idioten und dem Imbecillen.

Der Idiot ist ein zum Handeln und Denken unfähiges Geschöpf; er ist ein unvollkommen entwickeltes Individuum. Der Imbecille dagegen ist abnorm, ungleichmässig entwickelt. Er kann handeln und denken, aber seine Handlungen sind meist abnorm. Der Idiot kann dauernd eine gewisse Gutmüthigkeit zeigen; der Imbecille ist Egoist, oft boshaft, selbst gegen Die, welche es gut mit ihm meinen. Jener ist schüchtern, dieser anmassend; jener arbeitsam, dieser ein verstockter Faulenzer. Bei jenem ist das Urtheil schwach, bei diesem falsch; bei jenem der Wille schwach, bei diesem unbeständig. In Allem sind — hiervon giebt es jedoch auch nach Sollier Ausnahmen — die Idioten der Gesellschaft viel weniger schädlich als die Imbecillen; Letztere sind «antisocial», die Idioten «extrasocial».

Es braucht kaum darauf hingewiesen zu werden, dass das Buch durch die zahlreichen Hinweise auf die Behandlung und Erziehung der Schwachsinnigen, wie durch seine Beziehungen zur criminellen Anthropologie einen besonderen praktischen Werth gewinnt. Es ist oft bedauert worden, dass die deutsche Literatur kein ausführliches Werk über den Idiotismus besitzt, die verdeutschte Monographie Sollier's sei den diesen Mangel empfindenden Collegen hiermit empfohlen. Mercklin.

H. Cohn. Lehrbuch der Hygiene des Auges. Erste Hälfte. Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg. 1891.

In der vorliegenden ersten Hälfte des Buches werden von dem um die Augenhygiene hochverdienten Verf. einige der häufigeren Augenleiden abgehandelt, welche in der Aetiologie der Blindheit und Schwachsichtigkeit eine wichtige Rolle spielen: Blennorrhoe, scrophulöse Erkrankungen, Trachom, Pocken, Refractionsanomalien. Bei einem jeden dieser Leiden werden Krankheitsbild, Verlauf, Ausgang, Ursache, Verhütung und Behandlung berücksichtigt. Uns will es jedoch scheinen, als entspreche diese Anordnung des Stoffes nicht dem Titel des Buches, welcher erwarten lässt, dass in diesem nur von der Prophylaxe der Augenkrankheiten die Rede sei; bei der grossen Zahl bereits existirender guter Lehrbücher, in denen Aetiologie, Symptome, Diagnose und Therapie mit grösserer oder geringerer Ausführlichkeit besprochen werden, wäre es rathsam gewesen, sich hier nur auf die hygienische, prophylaktische Seite der Sache zu beschränken. Bei der Lectüre dieses «Lehrbuches» bleibt man auch im Unklaren darüber, ob dasselbe für Laien oder für Aerzte geschrieben sein soll, zumal ein erläuterndes Vorwort leider fehlt; dem Laien wird darin vieles zu fachmännisch sein, dem Arzte aber manches, wie z. B. die anatomisch-physiologischen Vorbemerkungen, gar zu elementar erscheinen. Dennoch empfehlen wir gerne dieses Buch unserem Leserkreise wegen der klaren, übersichtlichen Darlegung des wichtigen Gegenstandes. Die gute, allen Anforderungen der Augenhygiene thatsächlich entsprechende Ausstattung ist auch zu loben. Blessig.

Magnan. Psychiatrische Vorlesungen. I. Heft: Ueber das Délire chronique à évolution systematique. (Paranoia completa). Deutsch von P. J. Möbius. (Leipzig, Thieme 1879).

Das vorliegende Heft giebt im Zusammenhang M.'s Vorlesungen wieder, welche während der letzten Jahre im Progrès médical veröffentlicht worden sind. Im Vordergrunde steht die Schilderung des Délire chronique à évolution systématique (Paranoia completa, Möbius), aber auch Magnan's Anschauungen über die verschiedenen Erscheinungsformen des Irreseins der erblich Entarteten finden Erwähnung und differentialdiagnostische Auseinandersetzung. Als Délire chronique etc. schildert M. eine Krankheitsform, welche sich seiner Ansicht nach wesentlich von der Störung der Entarteten (so z. B. den «verfolgten Verfolgern») unterscheidet. Vorher geistesgesunde Menschen meist reiferen Alters erkranken daran. Die Krankheit dauert lange, 50 und mehr Jahre, der «methodisch» stetig fortschreitende Verlauf charakterisirt sie, vier Stadien sind deutlich zu erkennen. Die erste (Incubations-) Periode ist charakterisirt durch Illusionen, durch wahnhafte Auslegungen, durch die stetige und zunehmende Unruhe der Kranken. In der zweiten Periode sind Haupterscheinungen peinliche Hallucinationen, besonders des Gehörs und Verfolgungsvorstellungen. Die dritte Periode, die der Selbstüberschätzung, zeigt Hallucinationen und Wahnvorstellungen im Sinne des Grössenwahns. In der vierten Periode verfällt die Urtheilskraft, es stellt sich Schwachsinn ein. «Diese Perioden folgen einander unwiderruflich in derselben Weise und kein Kranker, der plötzlich Verfolgungs- oder Grössenwahn zeigt, oder bei dem jener auf diesen folgt leidet an Paranoia completa».

Das von M. mit plastischer Deutlichkeit geschilderte und durch eine grosse Anzahl ausgezeichneter Krankheitsgeschichten erläuterte Krankheitsbild entspricht einer Gruppe von Krankheitsfällen, die jedem Beobachter bekannt sind und in der Regel als Paranoia bezeichnet werden. Gleichwohl muss bezweifelt werden, dass stets die vier Stadien Magnan's eintreten und in derselben Reihenfolge. Auch erscheint die Frage berechtigt, ob die scharfe Gegenüberstellung dieser Fälle gegen die sog. «verfolgten Verfolger» und andere Irreseinsformen der Entarteten eine berechtigte ist? Es werden also — mit dieser Andeutung müssen wir uns an dieser Stelle begnügen — nach der Anschauung der meisten deutschen Irrenärzte mehr Krankheitsfälle dem Begriff der Paranoia mit chronischer Entwickelung zu subsumiren sein, als M.'s Definition des Délire chronique dies gestattet. — Die Vorlesungen M.'s bilden einen werthvollen Beitrag der französischen Psychiatrie zur Klinik der Paranoia, welche an offenen Fragen immer noch reich ist, und es ist ein unzweifelhaftes Verdienst von Möbius durch die Uebersetzung diese Vorlesungen leicht zugänglich gemacht zu haben. Mercklin.

Die Privatheilanstalt zu Oberdöbling (Wien). II. Bericht. 1875--1891. Wien, Deuticke 1891. 191. S. mit 12 Lichtdrucktafeln.

Veröffentlichungen der Art, wie die vorliegende aus der auch bei uns rühmlich bekannte Anstalt, verfolgen den doppelten Zweck, nicht nur den Aerzten sondern auch dem gebildeten Laienpublicum Bericht zu erstatten. Dem entsprechend muss die Darstellung im allgemeinen Theil Popularität und eine gewisse Breite, im medicinischen Theil relative Kürze einhalten. Es ist anzuerkennen, dass bei Einhaltung dieses Programms die Anstaltsleitung einen Bericht veröffentlicht, der gewiss bei beiden Gruppen der Leser Interesse erwecken wird. Der Laie kann hier vollen Einblick in Bau, Einrichtung und Leben der Privatirrenanstalt gewinnen, und ist es nicht unzweckmässig, dass auch das Statut der Anstalt und die Wärterordnung dem Bericht einverleibt sind. Im medicinischen Theil macht zunächst Prof. Obersteiner einige klinische Bemerkungen, worauf der erste Arzt Krueg einige Fragen aus dem Capitel der Behandlung berührt, deren praktische Bedeutung besondere Erwähnung der örtlichen Anstaltserfahrungen rechtfertigt.

Die Ausstattung des Berichts ist eine vornehme sowohl in Bezug auf den Text wie die beigegebenen Tafeln.

Mercklin.

Wissenschaftliche Verhandlungen der Dorpater medicinischen Facultät.

Sitzung am 26. März 1892.

Vorsitzender Herr R. Thoma.
Berichterstatter Herr R. Kobert.

1. Herr Kobert spricht über Sarsaparille.

Vortragender betont die grosse Rolle, welche die Sarsaparille als Volksmittel seit Jahrhunderten gehabt hat und in vielen Gegenden noch hat. Er hält es für einen sehr wesentlichen Fortschritt unserer Kenntnisse, dass Herr Witold v. Schulz soeben die Frage nach den wirksamen Bestandtheilen dieser Droge im Laboratorium des Vortragenden gelöst hat. Nach diesen Untersuchungen hat man 3 active Stoffe zu unterscheiden, welche als 1) Smilacin s. Parillin, 2) Sarsaparillsaponin s. Saponin von Otten und als 3) Sarsasaponin von v. Schulz zu bezeichnen sind. Alle 3 wurden auf ihre chemische Zusammensetzung und ihre Spaltungsproducte genau untersucht. Ebenso wurden zum ersten Male jetzt Thierversuche über die Wirkung sowohl der Sarsaparille, als der genannten 3 Substanzen angestellt. Weitaus die wirksamste Substanz ist das Sarsasaponin von v. Schulz. Alle 3 Substanzen gehören chemisch und physiologisch zur Gruppe der Saponinkörper und haben die von Kobert schon vor längerer Zeit aufgestellte allgemeine Formel $C^n H^{2n-8} O^{10}$.

Auf Grund dieser Vorarbeiten wird es jetzt möglich sein die Frage nach der Wirkung der Sarsaparille auf Syphilitische endlich wissenschaftlich zu studiren und soll gerade dieser Vortrag die Collegen in der Praxis zu derartigen Versuchen anregen.

Der Vortrag wird anderweitig in extenso veröffentlicht werden.

2. Herr Zoege v. Manteuffel spricht:

1. Ueber einen Fall von Exarticulatio femoris wegen myelogenen Sarkoms. Heilung (mit Demonstration).

Das Sarkom war im Trochanter maj. entstanden. Spontanfractur. Etwa 2-faustgrosser Tumor. Da die Möglichkeit der Ausschälung des Tumors in Form einer Continuitätsresection nicht ganz ausgeschlossen schien (cf. Krause, über die myelogenen Sarkome), wählte Redner ein Verfahren, das etwa in einer Umkehrung des Pitha-Volkmann'schen (primäre Amput.) bestand. Schnitt über den Trochanter, wie bei Resection. Exstirpation des Tumors mit Exarticulation des Kopfes und Durchsägung des Femurschaftes erst eine, dann 1½ Handbreit unter dem Trochanter. Da auch hier die Markhöhle noch von Tumormasse erfüllt ist, Abtrennung des Gliedes mit einem Messerzuge bei Compression sämmtlicher Weichtheile durch Assistenten-Hände. Die Vortheile der Operation seien die der Pitha-Volkmann'schen, nur dass vorher durch die Autopsie die Diagnose verificirt werden kann, was sowohl dem Operateur von Werth sein kann, als auch dem Patienten den Entschluss zur verstümmelnden Operation erleichtert. Gegenüber dem Roser'schen Verfahren sei die bessere Blutsparung hervorzuheben, da die Exstirpationsschnitte parallel der Axe der Extremität liefen und die quere Durchtrennung in einem Zuge unter Compression erfolgen könne. Heilung prima intentione bis auf eine Drainfistel. Höchste Temp. einmal 38.

2. Ueber Sectio lateralis als Voroperation zur Extraction von Blasensteinen.

Demonstration von Patienten und Steinen.

(Der Vortrag wird in extenso veröffentlicht werden).

Protokolle der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1173. Sitzung am 15. Januar 1892.

Anwesend 52 ord. Mitgl. und 12 Gäste.

1. Dr. Behr (Gast) verliest seinen angekündigten Vortrag: Zur Pathologie des Sexualtriebes.

Vortr. führt aus, wie mit der zunehmenden Kenntniss des menschlichen Seelenlebens sich auch die Auffassung des geschlechtlich Abnormen geändert hat und wie sich die Anschauung von der Krankhaftigkeit, resp. der krankhaften Anlage sexuell perverser Personen mehr und mehr Bahn bricht. Nach Darlegung des Vortr. stellt die conträre Sexualempfindung ein Symptom dar, welches zu allen Psychosen und allen Neurosen hinzutreten kann. Dementsprechend wäre es wünschenswerth, dass die Lehrbücher die conträre Sexualempfindung bei der allgemeinen Symptomatologie abhandelten, nicht aber in den speciellen Theil einverleibten.

Die conträre Sexualempfindung kommt nie isolirt vor, sondern erwächst immer auf einem kranken Boden. Sie kann angeboren sein oder erworben werden, allgemeine Krankheit ist aber immer das Primäre. Als lasterhafte Handlungen werden diejenigen Vorkommnisse bezeichnet, in denen sonst normal veranlagte und gesunde Individuen sich perverser Delicte schuldig machen z. B. um Geldes willen sich missbrauchen lassen. Im Einzelnen ist die Entscheidung schwierig und eine genaue Beobachtung erforderlich. Die Anschauung Meynert's, dass die conträre Sexualempfindung in allen Fällen einen occasionellen Ursprung trage, wird verworfen, desgleichen die Ansicht Mendel's, dass die Aufstellung der Psychopathia sexualis Krafft-Ebing's einen Rückschritt zu den Monomanien bedeute. An der Hand dreier ausführlich referirter Krankengeschichten werden die psychische Hermaphrodisie, die Effeminatio und eine sexuelle Perversion bei einem heterosexualen Individuum besprochen.

Dr. Tiling: das vorliegende Thema behandelt ein Gebiet, auf welchem Laster und Krankheit sich begegnen. Die Grenzlinie zu ziehen sei in praxi manchmal schwierig; andere Erscheinungen allgemeiner Neurosen lassen den Kranken erkennen. Geschlechtlich perverse Individuen bieten neben den Erscheinungen sexueller Reizbarkeit und Schwäche auch andere nervöse Symptome, oft auch psychische Abnormität.

Dr. Eduard Schwarz hebt den Unterschied zwischen ab origine sexuell perversen Individuen und acquirirten, resp. gezüchteten Fällen hervor. Letztere betreffen z. B. Individuen, die früher normal geschlechtlich empfanden, durch lasterhaften Uebergenuss impotent wurden, und nur durch den für sie höheren Reiz perverser Acte noch potent sind. Hat sich in solchen Fällen neben der nie fehlenden Neurasthenien das perverse sexuelle Empfinden consolidirt, so ist die Frage schwer zu entscheiden, ob man es mit einem strafbaren, lasterhaften Menschen zu thun hat oder nicht.

Dr. Behr neigt zu der Ansicht, dass es sich in letzteren Fällen, — von denen natürlich perverse Handlungen lasterhafter, aber nicht eigentlich pervers empfindender Individuen streng zu trennen sind—meist um psychische Hermaphrodisie handelt. Die Literatur spreche nicht dafür, dass es sich um Verbrecher handle.

Zum Schluss der Discussion wird Prognose und Therapie sexueller Perversionen flüchtig berührt von DDr. Voss, Schröder, Tiling und Behr, die forensische Seite von DDr Ed. Schwarz, Tiling und Schultz.

2. Dr. Voss, als Cassaführender, verliest den Cassabericht pro 1891 und legt der Gesellschaft den Budgetentwurf pro 1892 vor. Beide werden acceptirt.

3. Zu ordentlichen Mitgliedern der Gesellschaft werden aufgenommen die DDr. Ludwig Gauder, Bernhardt Blankenstein, Eugen Burmeister und Paul Bergengrün.

z. Z. Secretär: Heerwagen.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 4. Februar 1892.

1. Herr Wanach berichtet über einen Fall von multipler Osteomyelitis (mit Krankenvorstellung):

Anamnese: N. B. 29 Jahre alt, Fleischer, tritt am 27. Juli 1891 in das Peter-Paulshospital. Pat. giebt an, dass er sich vor 4 Tagen mit einem Knochensplitter am IV. Finger der rechten Hand verletzt habe.

Status präsens: Gut genährter kräftiger Mann. Temperatur 40,6° C. Die Weichtheile an der Volarseite des IV Fingers der rechten Hand bis auf den Knochen gangränös zerfallen. Die Haut am inneren Knöchel des linken Fusses etwas geröthet und geschwellt. Amputation des Fingers wird nicht zugelassen, wie Patient auch später jeden operativen Eingriff durch energische Proteste bedeutend verzögerte.

Am 28. Juli werden die nekrotischen Weichtheile am Finger

mit Scheere und scharfem Löffel möglichst vollständig entfernt.

31. Juli. Am linken Unterschenkel haben sich, vom malleolus int. ausgehend lymphangitische Streifen gebildet.

4. Aug. Am Finger hat sich die Eiterung längs der Scheide der Beugesehnen in die Hohlhand hinein verbreitet. Incision bis zum lig. carpi transv. — Die Weichtheile über dem malleolus intern. sin. werden bis auf den Knochen gespalten. Kein Eiter unter dem Periost. Darnach sinkt die Temperatur, um nach 2 Tagen von Neuem anzusteigen.

5. Aug. Pat klagt über Schmerzen im linken Humeruskopf. Objectiv daselbst nichts Abnormes wahrnehmbar.

8. Aug. Amputation des kranken Fingers im Metacarpophalangealgelenk. — Das untere Ende der linken Tibia verfärbt, das Periost abgehoben. Aufmeisselung des Knochens, Auslöffelung der mit kleinen Eiterheerden durchsetzten Spongiosa. Da auch die Spongiosa des untern Endes der Fibula Eiterheerde enthält, wird dieses entfernt. Aus dem breit eröffneten Sprunggelenk entleert sich reichlich Eiter. Incision eines grossen Abscesses in den Weichtheilen der Wade. — Geringer vorübergehender Temperaturabfall.

10. Aug. Die Weichtheile über dem rechten Schultergelenk infiltrirt. Es bildet sich daselbst ein grosser Abscess. Erst am 16. Aug. willigt Pat. in die Eröffnung desselben. Das Periost am obern Ende des Humerus ist durch Eiter vom Knochen abgehoben. Bei der Aufmeisselung des Knochens erweist sich die Spongiosa des Schulterkopfes und das Mark der obern ²/₃ der Humerusdiaphyse vereitert. Gründliche Ausschabung bis ins Gesunde hinein. Das Schultergelenk nicht eröffnet. Die Temp. fällt nur vorübergehend, steigt dann wieder stark an. — Pat. sehr heruntergekommen, der Puls sehr beschleunigt, Delirien, Incontinentia urinae. Profuse Eiterung aller Wunden.

17. Sept. Eiterung in den kleinen Gelenken zwischen den Knochen der linken Fusswurzel. Incisionen. Die Temp. steigt an. Es bildet sich ein grosses Infiltrat am Trochanter major des linken Oberschenkels.

20. Sept. Aufmeisselung des Trochanter major, dessen Spongiosa stecknadelkopfgrosse Eiterheerde enthält. Auslöffelung bis in den Schenkelhals hinein. Jetzt fällt endlich die Temperatur zur Norm.

Am 4. Nov. fängt Pat. an mit Krücken zu gehen.

Am 9. Dec. ist die Wunde am Oberarm verheilt.

Am 16. Dec. tritt Pat. mit dem kranken Fuss auf, geht mit einem Stock.

Status am 4. Februar 1892. Ausgezeichneter Allgemeinzustand. Die Wunden bis auf einige kleine Granulationsstreifen solid vernarbt. Function des rechten Armes vollständig normal. Bewegungen im linken Hüftgelenk ganz frei. Der linke Unterschenkel ödematös, der Fuss, im Sprunggelenk einwenig beweglich, in leichter Valgus- und Spitzfussstellung (die fehlerhafte Stellung wird durch methodische passive Gymnastik immer mehr corrigirt).

Der soeben mitgetheilte Fall ist ebenso wie der von Anders am 24. April 1890 dem Vereine berichtete, mit welchem er grosse Aehnlichkeit hat, als «multiple Osteomyelitis» zu bezeichnen: die Eingangspforte für die Infection war dort in einem Furunkel, hier in der Verletzung des Fingers gegeben. W. sieht keinen Grund, solche Fälle von Osteomyelitis, bei denen die Infectionspforte nachweisbar ist, und welche daher auch als «secundäre» Osteomyelitis bezeichnet werden, principiell von der sogen. «typischen» primären Osteomyelitis zu scheiden; denn abgesehen davon, dass nach einigen Autoren (wie Bobrow) auch in den typischen Fällen eine Eingangspforte (unbeachtete oberflächliche Verletzung etc.) stets vorhanden ist, zeigt auch die bakteriologische Untersuchung, dass die pathogenen Mikrobien auch der primären Osteomyelitis, ebenso wie der secundären, keine specifischen sondern die allgemein als Eiterungserreger bekannten Kokken (besonders Staphylokokken) sind. Bemerkenswerth ist an dem besprochenen Falle der Umstand, dass die meisten Herde sich in den Epiphysen fanden, ein Verhalten, welches auch bei der typischen Osteomyelitis nicht ganz selten beobachtet wird; der langsame, mehr chronische Verlauf der Krankheit soll für die secundäre Osteomyelitis charakteristisch sein. Inbetreff der Therapie spricht Vortr. sich entschieden für möglichst frühzeitige und möglichst ausgiebige Aufmeisselung des erkrankten Knochens aus.

Herr Anders will den von ihm am 24. April 1890 mitgetheilten Fall nicht ohne Weiteres als multiple Osteomyelitis, sondern eher als septische Allgemeininfection mit Localisation in den Knochen bezeichnen, weil letztere nicht den einzigen Sitz der Affection abgaben, sondern auch Abscesse in den Weichtheilen vorhanden waren.

Herr Tiling ist der Ansicht, dass die Entscheidung darüber, ob man einen multiplen osteomyelitischen Process mit allgemein septischen Erscheinungen als «Osteomyelitis» bezeichnen will oder nicht, nur von dem Symptomencomplexe abhängt: beherrscht die Affection der Knochen das Bild, so spricht man von «Osteomyelitis», treten die allgemein septischen Erscheinungen in den Vordergrund, so braucht man die Bezeichnung: «Sepsis mit Localisation in den Knochen»; ein principieller Unterschied besteht da nicht, die Infectionsträger sind die gleichen.

2. Herr Beckmann hält einen zum Druck bestimmten Vortrag über Uterusruptur und zeigt einige Abbildungen von mikroskopischen Schnitten aus einem rupturirten Uterus. Herr Bidder spricht Vortr. seinen Dank für die mikroskopische Untersuchung eines solchen Falles aus, da dieselbe beweist, wie Uterusruptur auch ganz ohne Schuld des Arztes eintreten kann, was forensisch von grosser Wichtigkeit ist.

Sitzung am 18. Februar 1892.

1. Herr v. Schröder theilt folgenden Fall von Heilung eines in das orbitale Gewebe durchgebrochenen Sarkoms der Chorioidea mit: J. W. 28jährige Bäuerin, verheirathet, hat mehrmals geboren, keine Allgemeinleiden gehabt; seit 2 Jahren allmälige Abnahme des Sehvermögens des rechten Auges, seit einigen Monaten Erblindung desselben, in letzter Zeit heftige Schmerzen. Am 12. März 1891, bei der Aufnahme der Pat. in die Augenheilanstalt, zeigt das rechte Auge glaukomatöse Erscheinungen: Injection, Hornhauttrübung, flache Kammer, Vortreibung und Starre der Pupille; T. b.+3 V=0. Als Ursache der glaukomatösen Drucksteigerung wird ein das Augeninnere, besonders dessen mediale Hälfte, erfüllender Tumor nachgewiesen, welcher bei seitlicher Beleuchtung im Pupillargebiete dicht hinter der klaren Linse sichtbar ist und deutlich ein eigenes Gefässnetz erkennen lässt. Diagnose: Sarkoma chorioideae. Am 14. März Enucleation des Augapfels; dabei erweist es sich, dass der Tumor die Sklera hinten durchbrochen hat, längs dem Sehnerven aufwärts gewuchert ist und im orbitalen Zellgewebe zahlreiche disseminirte metastatische Knoten gebildet hat. Letztere wurden so gut es ging mit Messer und Scheere entfernt, doch blieben, wie die Untersuchung mit dem Finger erwies, noch zahlreiche kleinste Knötchen (Sarkomknoten?) im Gewebe zurück, und war auch der Sehnervenstumpf in der Tiefe als tumorartige harte Masse zu fühlen. Die Untersuchung des enucleirten Bulbus zeigte einen grossen melanotischen Tumor der Chorioidea (melanotisches Sarkom), Netzhautablösung, Vortreibung des Linsensystems. (Demonstration des von Herrn Blessig verfertigten makroskopischen Gelatine-Präparates). In Erwartung eines baldigen Recidivs, wurde gleich nach der Operation und noch mehrmals während der nächsten 2 Wochen, damit überhaupt etwas geschähe, die ganze Wundhöhle der Orbita mit reinem blauem Pyoktanin (im Ganzen etwa 1 Theelöffel voll) eingepulvert; in den ersten Tagen nach der Operation war über den Zustand der Wundfläche nichts Bestimmtes auszusagen, da das ganze Gewebe intensiv dunkelblau gefärbt war; im Laufe von 2 Wochen aber heilte die Wunde wider Erwarten mit glatter Narbe und Einziehung der Lider. Auch besserte sich das früher recht elende Allgemeinbefinden der Pat. Heute, also ein Jahr nach der Operation, hat Pat. sich wieder vorgestellt und wird sie dem Vereine demonstrirt: ein Recidiv ist nicht eingetreten, die Narbe ist glatt, stark eingezogen; Allgemeinbefinden gut. Vortr. hält es für möglich, in diesem Falle den günstigen Ausgang dem Pyoktanin zuzuschreiben, welches, wie es schien, eine ätzende Wirkung auf das Gewebe ausübte. Das Mittel wäre in ähnlichen Fällen noch zu versuchen.

2. Herr Ebermann demonstrirt einige aus der Harnröhre und Blase extrahirte Fremdkörper (abgebrochene Katheterstücke, Bougies filiformes, Lichtdochte) und zeigt einige von ihm zur Extraction benutzte Instrumente vor; zugleich warnt Vortr. vor den abgelegenen sogen. «englischen» Gummi-Kathetern, welche leicht brüchig werden und wie Glas absplittern.

3. Mittheilungen über einige Complicationen der Influenza. Herr Moritz erwähnt einiger in letzter Zeit von ihm beobachteter Fälle, in denen anschliessend an eine Influenza zu wiederholten Malen leichte Fieberzustände mit Unregelmässigkeit der Herzaction und Herzgeräuschen auftraten, ohne anderweitige Localerkrankung. Vielleicht liessen solche Fälle sich als endokarditische Affectionen auffassen, welche durch Ansiedelung der Influenzabacillen auf dem Endokardium hervorgerufen wurden; Autopsien, welche hierüber Aufschluss geben könnten, fehlen zur Zeit; M. ersucht die Collegen, eventuelle ähnliche Beobachtungen mitzutheilen.

Herr Masing hat im Verlaufe der Influenza mehrmals Irregularitäten der Herzaction, auch ausgesprochene Herzschwäche und Collapszustände gesehen, möchte dieselben aber auf Störungen der Herznerven beziehen, mithin als drohende Herzlähmung auffassen; derartige Zustände traten auch bei solchen Kranken auf, die vorher keine Antipyretica bekommen hatten.

Ferner erwähnt Masing eines Falles von rein nervöser Nachkrankheit der Influenza, bestehend in tagelang anhaltendem Schwindel, bei einem sonst gesunden 14jährigen Knaben; die Erscheinung hielt etwa eine Woche an, um dann

spurlos zu verschwinden; weder von Seiten des Gehirns noch auch der Ohren oder Augen lagen objective Störungen vor.

Zum Capitel der Affection gewisser Nerven nach Influenza theilt Herr v. Schröder einen kürzlich von ihm gesehenen Fall von Atrophie des einen Sehnerven mit, welcher bei Anwendung subcutaner Injectionen von Strychnin nitric. über Erwarten günstig verlief. Nachdem Pat., eine Dame von 50. Jahren, zweimal (Sommer 1891 und November 1891) die Influenza überstanden, bemerkte sie Abnahme des Sehvermögens auf dem linken Auge; am 7. Januar d. J. constatirte Schröder Blässe und flache Excavation des linken Sehnerven, bei V 20,2 und beschränktem Gesichtsfelde für Farben (rechts normale Verhältnisse). Jetzt ist V links = 1,0 (voll!) bei unverändertem ophthalmoskopischem Befunde. Eine vorausgegangene Neuritis opt. ist nach dem ophthalmosk. Bilde nicht anzunehmen. Secretär: E. Blessig.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Gegen Ozaena empfiehlt Demme Ausspülungen mit warmem Wasser und Massage mit einer Sonde von 2 Mm. Dicke und 20 Cm. Länge, an der oben ein Wattebäuschchen kegelförmig angedreht ist, beschickt mit 20 pCt. Pyoktanin-Lanolinsalbe. Die ganze Nasenschleimhaut wird mittelst kurzer, gleichmässiger, effleurageartiger Bewegungen im Ellenbogengelenk bestrichen. In 60 Fällen constatirte D. rasche Besserung. (Deutsche Medicinal-Ztg. Nr. 62. 1891).

— Révillet gelang es sehr grosse Dosen Kreosot durch Rectalinjectionen dem Organismus einzuverleiben: Kreosot 2,0—4,0, Ol. amygd. dulc. 25,0 Vitell. ovi unius, Aq. destillat 200,0. Das in dieser Form Abends applicirte Klysma wird die ganze Nacht über behalten (in den ersten Tagen muss der Darm zuerst durch Warmwasserclystiere gereinigt werden). Gute Resorption. Auf diese Weise gelingt es in einem Monat bis 90—100 Gr. Kreosot zu verabfolgen. Im Laufe von 5 Monaten behandelte R. 13 Fälle, davon sind 3 (Beginnende Tuberculose) vorläufig als völlig geheilt anzusehen, die übrigen sind bedeutend gebessert (Verschwinden der Nachtschweisse, Verbesserung des Appetits, Gewichtszunahme, Verminderung des Auswurfs). (Semaine médic. Nr. 33. 1891).

— Da die chemische Harnanalyse uns häufig über Natur und Intensität einer Krankheit nicht aufzuklären vermag, so versuchte Semmola, gestützt auf die bekannten Bouchard'schen Untersuchungen über die Toxicität des Urins, die biologische Harnanalyse zu jenem Zwecke heranzuziehen. Es gelang ihm in zwei zweifelhaften Fällen durch diese erwähnte Analyse diagnostische und prognostische Anhaltspunkte zu ermitteln. In dem einen Falle handelte es sich um eine schwere Pneumonie, die nach einer Influenza sich entwickelte. Am 4 Krankheitstage zeigten sich eklamptische und tetanische Symptome und man musste an die Existenz cerebrospinaler Meningitis denken. Die biologische Analyse des zu Beginn jener schweren Erscheinungen gewonnenen Harns liess bei den Versuchsthieren, welchen dieser Urin injicirt wurde, dieselben äusseren Erscheinungen erkennen (vollständige Uebereinstimmung des klinischen Bildes am Kranken mit dem experimentellen toxischen Nosographismus), was Semmola zu der Erklärung drängte, dass die schweren Symptome auf eine toxische Wirkung zurückzuführen seien und Meningitis auszuschliessen wäre. In der That hörten die Krämpfe bald auf. Die biologische Untersuchung des Harns ergab auch dementsprechend keine Zeichen der vorherigen Toxicität mehr. So konnte der Autor diagnostische und prognostische Schlüsse machen. Der zweite Fall betrifft einen Mann, der eine ausgebreitete Phlegmone am rechten Arm hatte und dabei schwer septicämisch erkrankte. Durch die biologische Analyse sah man am Thiere dieselbe klinische Form auftreten. Der Zustand des Kranken schien sich nicht zu bessern; aber die zum zweitenmal vorgenommene Analyse ergab zwar dasselbe klinische Bild, aber in einem viel schwächeren Grade. S. stellte auf Grund dieses eine gute Prognose, und obwohl der Kranke starken Kräfteverfall zeigte, bewahrheitete sich der Ausspruch des Arztes.

Als Versuchsthiere eignen sich am besten Meerschweinchen und Kaninchen. S. empfiehlt die Injection mit einer kleinen Dosis Urin zu beginnen und dann die Quantität progressiv zu steigern.

(Bulletin de l'Académie de méd. Sitzung vom 4.Aug. 1891).

— Professor Benedikt theilt Näheres über die neue Behandlungsmethode der Tabes von Bonuzzi mit. Diese Methode hat einen doppelten Vortheil 1) keines Apparates zu bedürfen und 2) dass ihre mechanische und therapeutische Wirkung eine unvergleichlich energischere ist. Die Bonuzzi'sche Methode besteht darin, dass die Beine an den Sprunggelenken durch ein Handtuch gefasst und über den Kopf so weit hervorgezogen werden, dass auch die Wirbelsäule in hohem Grade nach vorne gebeugt ist, und diese Beugung wird bis zu dem Grade fortgesetzt, dass die Kniee an die Stirne angedrückt werden. Bonuzzi lagert den Körper flach und erhöht den Kopf durch ein Kissen. Seine vergleichenden Versuche am Cadaver ergeben für die mechanische Zerrung des Rückenmarks bei seiner Methode ein dreimal so grosses Resultat und bei vergleichenden Versuchen am Cadaver und beim Lebenden eine circa vierfach so starke Ausdehnung der Wirbelsäule bei seiner Methode gegenüber der Methode von Motschutkowski. Benedikt hat diese Bonuzzi'sche Methode angewandt und in einer Reihe sehr schwerer Fälle überraschende Resultate erzielt. Patienten, die nahezu vollständig unfähig waren zu stehen oder zu gehen, wurden dahin gebracht, lange Promenaden zu machen; die neuralgischen Anfälle hörten auf, die Sicherheit im Stehen mit geschlossenen Augen nahm zu.

(Wiener med. Blätter Nr. 51. 1891).

— Dennis (New-York) giebt folgendes Verfahren als Reagens auf carcinomatöses Gewebe an; man bringt das frisch exstirpirte und vom anhaftenden Blut gesäuberte Carcinom (der Mamma) in 5 pCt. wässerige Salpetersäure, lässt es 10 Minuten darin liegen, setzt es hierauf 5 Minuten lang einem starken Wasserstrom aus und taucht es endlich für 2—3 Minuten in nicht verdünnten Methylalkohol; man findet dann infolge der Coagulation des Eiweisses das Krebsgewebe opak, während das Bindegewebe und das Drüsenparenchym homogen gelatinös, durchsichtig werden; auf diese Weise kann man die kleinsten Krebsnester auf der Schnittfläche erkennen.

(D. M. W. Nr. 48. — Prag. M. W. Nr. 48).

— In der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten berichtete Mendel über den patholog. anat. Befund in einem Falle von Morbus Basedowii. Gehirnganglien, Rückenmark und Sympathicus erwiesen sich normal, ebenso der periphere Vagus. Dagegen fand sich Atrophie des linken Corpus restiforme und Atrophie des Solitärbündels. Zu dem ersteren Befunde ist zu bemerken, dass es Filehne (1879) gelang, durch Einstich in beide Corpora restiformia bei jungen Kaninchen die Symptome der Basedow'schen Krankheit hervorzurufen; der zweite Befund ist insofern interessant, als das Solitärbündel zum Vagus Beziehungen hat und seine Läsion mit den Symptomen des Morbus Basedowii in Einklang zu bringen ist. Die Schilddrüse bot in diesem Falle normale Verhältnisse in Bezug auf das Gewebe dar, nur waren ihre Gefässe erweitert. (D. M. Z. Nr. 103).

Vermischtes.

— Der Ehren-Leibmedicus wirkl. Staatsrath Dr. Joseph Bertenson ist von dem Amte des Inspectors der Petersburger Gouvernements-Medicinalverwaltung, welches er fast 25 Jahre hindurch bekleidet hat, zurückgetreten. Aus diesem Anlass wurde dem Scheidenden zu Ehren von den ihm unterstellten Aerzten und Veterinären am 21. März ein Diner veranstaltet und zugleich eine Adresse überreicht.

— Die Landschaftsärzte des Moskauer Gouvernements überreichten in der Schlusssitzung des XI. Congresses der Landschaftsärzte in Moskau am 14. März dem Präsidenten des Congresses, Prof. Th. Erisman zum Andenken an ihren langjährigen gemeinschaftlichen Dienst als Sanitätsärzte der Landschaft, ein elegantes Schreibzeug mit einer Adresse.

— Der Ssaratowsche Sanitäts-Verein hat in einer ausserordentlichen Sitzung am 13. März nach genauer Prüfung der Gründe, welche die Landschaftsärzte des Ssaratower Kreises zum Aufgeben ihrer Stellung veranlassten, einstimmig anerkannt, dass die Aerzte durch die Vernichtung der bisherigen Sanitätseinrichtungen des Kreises und durch die Conflicte mit dem Präsidenten des Landschaftsamtes Kropotow, und zwar Conflicte in rein medicinischen Fragen, zum Quittiren ihres Dienstes gezwungen worden sind. Zugleich hat der Sanitäts-Verein beschlossen, den betreffenden Landschaftsärzten ihre volle Zustimmung und Sympathie auszudrücken, sowie ein motivirtes Gutachten bezüglich der Gefahren, welche dem Landschafts-Sanitätswesen in Folge der Abschaffung des Kreis-Sanitätscomités drohen, der Ssaratowschen Gouvernements-Landschaftsversammlung und der Kreisversammlung vorzustellen. In dem Gutachten wird auch hervorgehoben werden, dass die bisherige Einrichtung des Medicinalwesens im Ssaratowschen Kreise vollkommene Garantie für das Gedeihen desselben bot.

— Der Ssaratowsche Incident mit den Landschaftsärzten ist noch nicht zum Abschluss gelangt; die Landschaft kann nämlich keine neuen Aerzte finden. Es hatten zwar einige Moskauer Aerzte der Aufforderung des Herrn Krapotkin Folge leisten wollen, haben sich aber, als sie Näheres über den Conflict erfuhren zurückgezogen. Wie die «Russkaja Shisn» erfährt, sind der Ssaratowschen Landschaft später mehrere Anerbietungen von Kasanschen und Charkowschen Aerzten zugegangen, doch wagt dieselbe noch nicht, diese Angebote zu acceptiren aus Furcht vor einem Widerruf, wie es die Moskauer Aerzte thaten. Unterdessen können die Ssaratowschen Aerzte der immer mehr um sich greifenden Typhusepi-

demie wegen ihre Posten nicht verlassen, obwohl manche schon recht günstige Anerbietungen erhalten haben.

— Verstorben: 1) Am 24. März auf seinem Landsitz Keggum bei Ringmundshof (Livland) Dr. Julius Seeck an einem Lungenleiden im nahezu vollendeten 62. Lebensjahre. In Riga geboren und erzogen, widmete er sich von 1851—56 dem Studium der Medicin in Dorpat, wo er 1859 den Doctorgrad erlangte. Nachdem er sodann zur weiteren Vervollkommnung noch im Ausslande studirt, liess er sich im Jahre 1860 in Riga als praktischer Arzt nieder und erwarb sich dort sehr bald eine ausgebreitete Praxis. Zunehmende Kränklichkeit veranlasste ihn jedoch im Jahre 1867, die aufreibende Thätigkeit in der Stadt mit dem Aufenthalt auf dem Lande zu vertauschen. Aber auch hier hörte er nicht auf seine Berufsthätigkeit auszuüben, zu der er als Arzt der Riga-Dünaburger-Eisenbahn, sowie auch als Privatarzt mehr, als seiner Gesundheit zuträglich war, Gelegenheit fand. Hinter der nervösen Unruhe, die den Hingeschiedenen äusserlich kennzeichnete, sagt ihm die «Ztg. f. St. u. L.» nach, verbarg sich ein weiches empfindunswarmes Gemüth und ein reger Geist, der nur die Ruhe kannte, welche körperliche Erschlaffung ihm aufnöthigte. Tief betrauert von Allen, die ihm jemals nahe gestanden sinkt mit Jul. Seeck ein Mann in's Grab, der den schweren Kampf mit dem Leben in Ehren ausgefochten. 2) Am 17. März in Nishni-Nowgorod der ausseretatmässige Ordinator am Gouv.-Landschaftshospital J. K. Malischewski am Flecktyphus, mit dem er sich bei der Behandlung von Typhuskranken inficirt hatte. Der Verstorbene hatte im Jahre 1891 den Cursus in Moskau absolvirt und erst vor einem Monat die Leitung eines temporären Typhushospitals übernommen. 3) Am 2. Januar in Semipalatinsk der Gebietsarzt Staatsrath Ludwig Mazejewski am Flecktyphus. M. hatte als Militärarzt von 1861 bis zur Einnahme von Taschkent an allen Kämpfen in dortigen Gebiet Theil genommen. 4) In Tiflis der Gehülfe des Medicinalinspectors, Staatsrath Bachutow. 5) Am 30. März n. St, der ord. Professor der Arzneimittellehre an der Universität Graz, Dr. Carl v. Schroff im 48. Lebensjahre. Er hat sich durch eine Reihe pharmakologischer (Wirkungsweise des Chinins und Aconits). sowie pathologischer Arbeiten einen Namen in der med. Wissenschaft gemacht. 6) Im fernen Osten Dr. med. L. F. Grinewezki, welcher zuletzt Chef des Anadyrschen Bezirks war. Der Verstorbene ist bekannt durch seine Forschungsreisen im höchsten Nordosten und durch seine Theilnahme an der Expedition Dr. Bunge's zur Lenamündung. Er hat auch ein Jahr auf Nowaja Semlja zugebracht.

— Der bekannte Anatom und Anthropologe Prof. Dr. Herm. Welcker in Halle, beging am 8. April n. St. seinen 70. Geburtstag. Er hat sich namentlich durch seine Forschungen über das Blut und seine Untersuchungen über Wachsthum und Bau des menschlichen Schädels grosse Verdienste erworben.

— Nach dem Rücktritt Prof. Rossbach's ist die interimistische Leitung der Jenaer medicinischen Klinik Prof. Dr. Stintzing übertragen worden.

— Von der ältesten Tochter Prof. Langenbecks, der verwittweten Gräfin Anna Hardenberg, ist ein von Prof. Schrader gemaltes Bild ihres Vaters in Lebensgrösse dem Langenbeckhause geschenkt worden.

— Die Gründung einer medicinischen Facultät an der neurussischen Universität in Odessa mit einem Hospital ist von dem Stadtverordneten Dr. Motschutkowski wieder angeregt worden und zwar zur Erinnerung an die 100jährige Feier des Bestehens der Stadt Odessa, im Jahre 1894.

— Das verdienstvolle Unternehmen des hiesigen Arztes Dr. K. J. Smigrodski, der «Bibliographische Anzeiger der russischen medicinischen Literatur» (Библіографическій Указатель Россійской Медицинской Литературы), von dem bis jetzt zwei Bände erschienen sind, geht leider, wie Dr. Smigrodski mittheilt, «wegen Mangel an Abonenten» ein.

Der Kreisarzt von Wladislawow (Gouv. Suwalki) E. J. Nonewitsch, 58 J. alt, ist für Erpressung und Bestechlichkeit beim Empfange von Rekruten vom Warschauer Gerichtshof znm Verlust aller persönlichen und dem Stande nach ihm zukommenden Rechte und zur Verbannung ins Gouvernement Tobolsk verurtheilt worden.

— Der «Wolshski Wjestnik» erzählt nachstehende geradezu unglaublich klingende Historie aus der geburtshülflichen Abtheilung einer unentgeltlichen Heilanstalt in der Stadt Ufa. Ein gewisser Banquier Kolotow, hat alle Aerzte, welche diese Heilanstalt leiteten, vertrieben und darauf in seiner Eigenschaft als Mitglied des Armencomités angefangen in der Anstalt auf eigene Faust zu wirthschaften. Auch die Hebamme Kusnezowa, welche den Schutz der Aerzte genoss, wurde von ihm entlassen und durch eine Dorfhebamme ohne Diplom ersetzt. Nicht genug, — Kolotow war persönlich bei jedem Geburtsact in der Abtheilung zugegen und beschränkte aus ökonomischen Rücksichten die Verabfolgung reiner Wäsche aufs äusserste. Die Folge war, dass in der Anstalt das Puerperalfieber sich entwickelte, an welchem mehrere Frauen starben, so dass die geburtshilfl. Abtheilung auf einige Zeit geschlossen werden musste.

— Im Laufe des März-Monats sind aus Moskau drei Sanitätsabtheilungen, bestehend aus Aerzten, Feldschern und barmherzigen Schwestern nach Ssamara und in die Kreise Busuluk und Nowousen zur Bekämpfung der Typhusepidemie abgegangen. In einer Sanitätsabtheilung sind 3 Studenten der Medicin als Feldschere beschäftigt. Der Unterhalt dieser Sanitätsabtheilungen, sowie die Versorgung derselben mit Medicamenten, Wäsche, Wein etc. wird durch Spenden von Privatpersonen bestritten.

— Sir Morell Mackenzie hat ein Testament hinterlassen, aus dem sich ergiebt, dass der ganze Nachlass des vielbeschäftigten Specialisten ca. 22,0000 Pfd. Sterling (nach dem gegenwärtigen Curse über 200,000 Rbl.) bestand, eine Summe, die ausser allem Verhältniss zu seinen colossalen Einnahmen steht und nur dadurch erklärt wird, dass Mackenzie seiner Gattin zu Liebe eine sehr luxuriöse Lebensweise führte.

— In Wien ist der Fabrikant chirurgischer Instrumente Joseph Leiter, welcher sich namentlich durch die Verfertigung der Beleuchtungsapparate innerer Körperhöhlen einen Namen gemacht hat, im Alter von 83 Jahren gestorben.

— Der Schweizerische Verein der Typographen hat den Professor der Hygiene, Dr. Adolph Vogt in Bern, zu seinem Ehrenmitgliede gewählt für seine grossen Verdienste um die Volkshygiene und die Einführung des 8stündigen Arbeitstages».

— Prof. Dr. Erwin v. Esmarch (Königsberg) ist aus der Redaction der «Hygienischen Rundschau» ausgeschieden und an seine Stelle sind Prof. Rubner (Berlin) und Dr. Thierfelder getreten. Prof. Carl Fränkel (Marburg) ist in der Redaction verblieben.

— Die Zahl der Aerzte in Belgien ist seit dem Jahre 1885 von 2286 auf 2900 gestiegen, so dass 1 Arzt auf 2120 Einwohner entfällt. In Brüssel kommt sogar 1 Arzt auf 950 Einwohner. (Brit. med. Journal).

— In Frankreich ist mittelst Parlaments-Beschlusses der Grad eines «Officier de santé» (ein Mittelding zwischen unserem Feldscher und einem Arzt) definitiv abgeschafft worden.

Vacanzen.

1) Bei dem Gouvernements-Landschaftshospital in Wladimir ist die Stelle eines überetatmässigen Ordinators mit einem Jahresgehalt von 1100 Rbl. erledigt. Bewerber, welche speciell mit der Behandlung von Augenkrankheiten vertraut sein müssen, haben ihre Documente bis zum 1. Mai 1892 bei der «Владимірская Губернская Земская Управа» einzureichen.

2) Für einen ärztlichen Bezirk im Kreise Kargopol (Gouv. Olonez) wird ein Arzt gesucht. Gehalt 1500 Rbl. bei freien Amtsfahrten. Adresse: «Каргопольская Уѣздная Земская Управа».

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 14. April.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 13. April.

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **CARL RICKER** in St. Petersburg, Newsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Verlag von FERDINAND ENKE in Stuttgart.

Soeben erschienen:

GRUNDRISS DER PHYSIK

zum Gebrauche für Mediciner

von **Dr. Bruno Borchardt**
in Berlin.

Mit 52 Abbildungen. 8. geh. 3 M.

Lehrbuch der Ohrenheilkunde

für Studirende und Aerzte

von **Prof. Dr. Kurd Bürkner**
in Göttingen.

Mit 136 Holzschnitten. gr. 8. geh 9 M.

Ueber Erkrankungen
des

HERZMUSKELS

von Dr. P. Hampeln
in Riga.

8. geh. M. 1.60.

PSYCHOPATHIA SEXUALIS.

Mit besonderer Berücksichtigung der
conträren Sexualempfindung
von **Professor Dr. R. von Krafft-Ebing**
in Wien.

Siebente vermehrte und theilweise umgearbeitete Auflage.

gr. 8. geh. 10 M.

Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Gynäkologen
herausgegeben von
Prof. Dr. Olshausen und **Prof. Dr. Hofmeier**
in Berlin. in Würzburg.

XXIII. Band. 1. Heft. Mit 19 Curven. gr. 8. geh. 10 M.

SOMNAL (Aethyl. Chloralurethan)

(Vide № 5 der „Therap. Monatshefte" und № 22 der „Wiener klinischen Wochenschrift".

Patentirt in den meisten Ländern.

Wirksames und unschädliches Schlafmittel in flüssiger Form. Ein halber Theelöffel in Bier, Milch oder Cognac bewirkt einen 6- bis 8stündigen ruhigen Schlaf ohne schädliche Nebenwirkung. Angewandt und empfohlen in **Berlin**: in der **königlichen Universitätspoliklinik** des Herrn Professor Dr. **Senator**, im **Lazarus-Krankenhause** vom dirigirenden Arzte Herrn Professor Dr. **Langenbuch**, ferner in der **königlichen Charité**, in den **städtischen Krankenhäusern** Moabit und Friedrichshain, in der **Klinik für Nervenleidende** von Herrn Professor Dr. **Eulenburg**, sowie in der **Klinik für innere Krankheiten** von Herrn Professor Dr. **Litten** und Anderen; in **Wien**: im **allgemeinen Krankenhause** auf der Abtheilung des Herrn Professor Dr. **Meynert** von Herrn Dr. **Schubert** und im **städt. Krankenhause Wieden.** Bedeutend wirksamer und billiger als Chloral und Sulfonal. 10 Gramm 30 Kop.

Radlauer's Antinervin (Salicylbromanilid) in Pulverform wirkt in Dosen von ½ Gramm wie Antipyrin. Es zeichnet sich jedoch vor Antipyrin dadurch aus, dass es **als Antirheumaticum** und **Antinervinum** besonders bei **Gelenksrheumatismus, Influenza, Tabes, Diabetes, Fettsucht, Gicht** und **Podagra** ohne schädliche Nebenwirkungen hervorragende Dienste leistet. Bedeutend billiger als Antipyrin. 10 Gramm = 30 Kop.

Radlauer's Antiseptin in Pulverform (Zinc. boro-thymol. jodat) ersetzt das Jodoform und das Ichthyol in allen Fällen; frei von üblem Geruch, local nicht irritirend. Anwendung **als** Streupulver und in 10% Salbe mit Vaseline gegen **syphilitische und tuberculöse Geschwüre und Hautausschläge**; in 1% wässeriger Lösung gegen Gonorrhoe 10 Grm. = 30 Kop. Angewandt auf Professor Dr. **Zulzer's Klinik** für **Harn- und Blasenleidende**—Alleinige Fabrik **Radlauer's Kronen-Apotheke** in **Berlin W.**

Haupt-Depôt in Petersburg: Russisch-Pharmaceut.-Handels-Gesellsch.; in Moskau: Carl Ferrein. 5--3

Изданіе К. Л. Риккера, въ С.-Петербургѣ, Невскій пр., № 14.

РУКОВОДСТВО

КЪ ХИМИЧЕСКОМУ ИЗСЛѢДОВАНІЮ

ПИТАТЕЛЬНЫХЪ И ВКУСОВЫХЪ ВЕЩЕСТВЪ

И. И. Канонникова,

Орд. профессора технической химіи при Импер. Казанскомъ Университетѣ.

Съ 67-ю рисунками въ текстѣ.

1891. Цѣна 3 руб., съ перес. 3 р. 40 к.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Sophie Jordan, Вас. Остр., 5 лин. 38, кв. 19.

Ida Belajew, Казанская № 52, кв. 24.

Verlag von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14.

Handwörterbuch der gesammten Medicin.

Unter Mitwirkung von
hervorragenden Aerzten
herausgegeben von
♦ **Dr. A. Villaret.** ♦

2 Bände gr. Lex. 8°.

1888—91. Preis 28 Rbl. 80 C. in 2 Bd. geb. 32 Rbl. 40 C. Porto für 15 ℔.

Календарь Беременности

ТАБЛИЦА ДЛЯ ВЫЧИСЛЕНІЯ ВРЕМЕНИ РОДОВЪ

Д-ра мед. Я. ДЕДЮЛИНА.

Цѣна 30 к., а съ пересылкою 40 к.

Продается (Спб. Невскій пр., № 61) у автора и во всѣхъ книжныхъ магазинахъ.

Дозв. ценз. Спб. 1 Апрѣля 1892 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Wienecke, Katherinenhofer-Pr. № 15.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 15 St. Petersburg, 11. (23.) April 1892

Peliosis rheumatica im Säuglingsalter.

Von

Dr. med. M. Abelmann.

Vortrag, gehalten im Verein St. Petersburger Aerzte am 7. Januar 1892.

Gestatten Sie, meine Herren, Ihnen die Krankengeschichte eines jugendlichen Patienten vorzuführen, die, meiner Meinung nach, unser Interesse wohl in Anspruch zu nehmen verdient; schon allein aus dem Grunde, weil die betreffende Affection bei so jugendlichen Kindern, es handelt sich nämlich um einen sechs Monate alten Knaben, bis jetzt noch nicht beschrieben worden ist. Es knüpfen sich aber an diesen Fall noch andere recht interessante Gesichtspunkte, die ich mir weiter unten auszuführen erlauben werde. Hier vorerst der Krankenbericht:

Am 29. October d. J. wurde mir im Ambulatorium des Elisabeth-Kinderhospitals ein 7jähriges Mädchen vorgeführt, das unter heftigem Fieber einige Tage vorher erkrankt war. Es sollen sich Schmerzen in den Knie- und Handgelenken eingestellt haben, bald darauf auch eine Schwellung der Gelenke. Es handelte sich also um einen acuten polyarticulären Gelenkrheumatismus. Während meiner Behandlung trat noch Schwellung und Schmerzhaftigkeit des rechten Fuss- und des linken Ellenbogengelenkes auf, und am 15. November, nachdem die Schwellung der Gelenke auf Natron salicylicum völlig verschwunden war, constatirte ich eine Endokarditis. Das Mädchen befindet sich augenblicklich auf dem Wege der Besserung, muss aber noch das Bett hüten.

Am 8. November erkrankte nun ein 6 Monate altes Brüderchen der Patientin, unter heftigem Erbrechen und Temperatursteigerung. Die Mutter giebt an, sofort eine Schwellung in der Gegend des rechten Handgelenkes bemerkt zu haben. Dann sollen am 11. November Blutungen unter der Haut aufgetreten sein, die sich zunächst an der Planta beider Füsschen bemerkbar machten und am 12. auch die hintere Fläche der Unterschenkel befielen. Das Fieber soll unregelmässig bald stark, bald wieder völlig verschwunden gewesen sein. Erbrechen soll seit dem ersten Krankheitstage nicht wieder aufgetreten sein. Diarrhoe bestand nicht.

Die Eltern erfreuen sich einer guten Gesundheit, sind im Besitze von fünf Kindern, die ziemlich gut genährt sind. Bluter sollen in der Familie nie gewesen sein. Die Wohnungsverhältnisse sind durchaus nicht mangelhaft, auch scheint die Wohnung nicht feucht zu sein.

Status praesens 12. November: Ein ziemlich gut genährtes, dem Alter entsprechend entwickeltes Kind, dessen sichtbare Schleimhäute etwas anaemisch sind. Temp. 38,9. Puls 128.

Die Haut am ganzen Körper ist von blasser Farbe, nirgends Oedeme. An der hinteren Fläche des rechten Unterschenkels findet sich eine flache Suffusion von roth-bläulicher Farbe und 2 Cm. im Durchmesser; eben solch eine bemerkt man am linken Unterschenkel in der Gegend des oberen Fussgelenkes. Auf der Planta beider Füsse finden sich zahlreiche Hautblutungen von der Grösse einer Erbse bis zu der eines 3 Kopekenstückes, deren Farbe mehr in's Blaue spielt. Die Anordnung der Suffusionen scheint den kleinen Fussgelenken zu entsprechen. An der Haut des übrigen Körpers finden sich nur spärliche punktförmige Blutungen. Das rechte Handgelenk ist deutlich geschwellt, die Haut über demselben nicht oedematös.

Die Schleimhaut der Rachenhöhle ist anaemisch, das Zahnfleisch von normaler Beschaffenheit. Die 2 mittleren unteren Schneidezähne bereits durchgetreten. Blutungen sind auf der Schleimhaut nicht vorhanden. — Die Herzspitze befindet sich im 6. Intercostalraum in der Mamillarlinie, Herzgrenzen und Herztöne normal. In den Lungen spärliche Rasselgeräusche. Die Verdauung geht normal von Statten, kein Erbrechen, keine Diarrhoe. Die Milz ist bei tieferem Eindrücken wohl fühlbar, doch scheint sie nicht stark vergrössert zu sein. Der im Strahle aufgefangene Urin ist klar, enthält keine pathologischen Bestandtheile. Ordination: Emuls. amygd. dulc. 60,0, Na. salicylici 0,12 Syr. simpl. 20,0. S. 5 Theelöffel täglich.

13. November Morgens. Temp. 38,8. Puls 140. Die Schwellung des rechten Handgelenkes hat etwas zugenommen, in der Umgebung desselben sind vereinzelte Petechien bemerkbar. Ferner sind Hautblutungen in der Gegend der Metacarpophalangealgelenke und der einzelnen Phalanxgelenke aufgetreten. In der Gegend des Trochanter major linkerseits findet sich eine grosse flache Suffusion von blauröthlicher Farbe und von 4 Cm. im Durchmesser. Das Talocruralgelenk des linken Fusses ist deutlich geschwellt. Suffusion und Petechien finden sich auch in der Gegend der Metatarsophalangealgelenke. 3 normale Stühle. — Abends Temperatur 39,5 Puls 150.

14. September Morgens. Temperatur 37,2. Die Schwellung des Handgelenkes hat etwas abgenommen, dagegen ist jetzt das linke Schultergelenk, namentlich an der hinteren Fläche, geschwellt. Einige spritzförmige Blutungen sind auf der Haut des rechten Oberschenkels bemerkbar.

Die mikroskopische Untersuchung des Blutes ergiebt keine auffallenden Abnormitäten. Eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen scheint nicht zu bestehen. Mikrocyten finden sich nicht. In 0,6 pCt. Kochsalzlösung entfärben sich die rothen Blutkörperchen recht langsam. Bei leichtem Druck auf das

Deckglas beobachtet man keinen Zerfall der rothen Blutkörperchen in Fragmente.

Abends: Temperatur 39,4 Puls 140. Die Schwellung des Handgelenkes nimmt zusehends ab. Einige röthlich-blaue punktförmige Blutungen sind auf der Bauchhaut bemerkbar. Das Kind ist den Verhältnissen entsprechend ziemlich munter, nimmt die Brust recht kräftig. 4 Stühle von normaler Beschaffenheit.

15. September Morgens. Temperatur 38,8. Die Suffusionen in der Gegend des Fussgelenkes und des Trochanter major blassen ab. Die Schwellung des Handgelenks ist kaum wahrzunehmen.

Abends: Temperatur 39,0. 2 normale Stühle.

16. September Morgens: Temperatur 38,2 Puls 132. Die Schwellung des Schultergelenkes hat stark abgenommen. Neue Blutungen sind nicht aufgetreten. Geringes Oedem an dem Fussrücken und den Malleolen beiderseits, Abends: Temperatur 39,0. Im Laufe des Tages waren 8 dünnflüssige graugrüne Stühle ohne Blutbeimengung.

17. September Morgens: Temperatur 38,1 Puls 140. Die Blutflecken sind kaum noch wahrnehmbar, ebenso die Gelenkschwellung. Eine erneuerte Untersuchung des Herzens ergiebt normale Verhältnisse der Percussion und Auscultation.

Abends: Temperatur 39,0 Puls 156. Geringe Schwellung des Kniegelenkes rechterseits. Im Verlaufe des Tages 6 dünnflüssige Stühle. Ordination: Calomel 0,006 4 mal täglich.

18. September Morgens: Temperatur 38,2. Die Schwellung des Kniegelenkes nimmt nicht zu. Der kleine Patient ist munterer, soll des Nachts stark geschwitzt haben. Abends: Temperatur 37,9 4 wässrige Stühle.

19. September Morgens. Temperatur 37,2. Abends 37,5. Im Verlaufe des Tages 3 breiige Stühle.

Bis zum 24. November blieb dann die Temperatur normal. An diesem Tage brachte die Mutter das Kind wieder zu mir. Die Temperatur war 39,3. Ich constatirte eine Schwellung des früher afficirt gewesenen Handgelenkes und Lymphdrüsenschwellung am Halse. Am 27. war die Temperatur wieder normal, die Gelenkschwellung verschwunden.

Wenn wir die wichtigsten Symptome zusammenfassen, die wir bei unserem kleinen Patienten beobachtet haben, so waren es: acut einsetzendes Fieber von remittirendem Charakter, Schwellung der Gelenke, Suffusionen und Petechien auf der Haut, besonders in der Gegend der Gelenke. Unzweifelhaft haben wir es hier mit derjenigen Affection zu thun, die zuerst von Schönlein[1]) beschrieben und mit dem Namen «Peliosis rheumatica» belegt worden ist. Als charakteristisches Merkmal der Krankheit fasste Schönlein das Auftreten periodischer Schmerzen in verschiedenen Gelenken (Knie, Hand- und Schultergelenk) und gleichzeitige Eruption von Petechien auf der Haut auf. Die Krankheit wurde dann eingehender gewürdigt von Latour[2]), Fuchs[3]), Rehfeld[4]), Canstatt[5]), Vallin[6]), Wagner[7]), Leuthold[8]) und vielen anderen Autoren. Eichhorst[9]) giebt in seinem Handbuche an, dass er der Peliosis rheumatica in Berlin recht häufig begegnete, namentlich in den kühlen Herbst- und Wintermonaten, mitunter gehäuft, fast epidemisch. Was speciell das kindliche Alter anlangt, so nahm man früher allgemein mit Reder[10]) an, dass die betreffende Affection dem jugendlichen Alter ganz fehle; doch wurde später die Reder'sche Behauptung widerlegt. So hat Schmitt[11]) das Vorkommen der Peliosis bei Kindern erwähnt. Kaltenbach[12]) beschrieb einen Fall bei einem 10jährigen Knaben, bei dem der Purpuraeruption starke Schmerzen und Schwellungen der Gelenke vorausgingen. Eingehende Würdigung erfuhr die Krankheit bei Henoch[13]). Er beschrieb 1864 und 1866 Fälle von Peliosis rheumatica bei Kindern. Später erweiterte er den Symptomencomplex der Krankheit, indem er die Beobachtung machte, dass in einer Reihe von Fällen zu den bereits bekannten Symptomen Darmerscheinungen sich hinzugesellen: Erbrechen, Koliken und blutige Stühle. Solche Fälle sind in jüngster Zeit von Silbermann[14]), ferner von v. Dusch und Hoche[15]) publicirt worden.

In den 60. und 70-ger Jahren stand der von Schönlein aufgestellte und durch seine Autorität gefestigte Krankheitsbegriff fest, und man war allgemein der Ansicht, dass die Peliosis in enger Beziehung zu rheumatischen Affectionen stehe. Diese Beziehung zum acuten Gelenkrheumatismus ist von Fuchs, Kinnicut[16]), später besonders von französischen und englischen Autoren betont worden; ganz besonders beweiskräftig war der auf der Traube'schen Klinik beobachtete, von Leuthold beschriebene Fall, bei welchem die Section Veränderungen an den Gelenken aufwies, die in jeder Beziehung den beim polyarticulären Gelenkrheumatismus constatirten analog waren. In neuerer Zeit hat sich aber eine ganz andere Auffassung der Peliosis rheumatica geltend gemacht; nur wenige Autoren, unter ihnen namentlich Henoch, halten an der ursprünglichen Schönlein'schen Auffassung fest und erklären die Krankheit als Morbus sui generis. Dagegen hat nun Scheby-Buch[17]) auf Grund von 77 den Journalen des Hamburger allgemeinen Krankenhauses aus einem Zeitraum von 41 Jahren entnommenen Krankengeschichten die Behauptung aufgestellt, dass sämmtliche Purpuraarten, — die Purpura simplex, rheumatica, haemorrhagica mit Einschluss des Skorbuts als Erscheinungsformen einer transitorischen, haemorrhagischen Diathese aufzufassen seien und pathogenetisch einen und denselben Ursprung haben. Er begründet seine Auffassung dadurch, dass sich Uebergänge und Mischformen fänden, welche eine klinische Trennung der einzelnen Formen nicht gestatten. Noch weiter geht in dieser Beziehung Prof. W. Koch[18]) in Dorpat: er proclamirt Skorbut, Purpura simplex, rheumatica und haemorrhagica, Erythema nodosum, Haemophilie, Nasenbluten, Blutschwitzen und Fettentartung der Neugeborenen pathogenetisch als eine und dieselbe Infectionskrankheit.

Der Scheby-Buch'schen Ansicht haben sich auch viele Kliniker angeschlossen, so Immermann[19]), Strümpell[20]), Gerhardt[21]); Steiner[22]) hält die Purpura rheumatica nicht für eine selbständige Erkrankung. Baginsky[23]) betrachtet die Purpura simplex und haemorrhagica nur als dem Grade nach verschiedene Erscheinungsweisen einer und derselben Krankheitsform, die Peliosis rheumatica deckt sich nach diesem Autor bis auf die Gelenkschwellung mit der einfachen Purpura; einen rheumatischen Charakter spricht Baginsky der Krankheit ab. Dieselbe Meinung finden wir bei

[1]) Schönlein: Allgemeine und spec. Pathol. und Therapie. 4. Aufl. Leipzig 1839. Bd. II p. 42.
[2]) Latour: Histoire des hémorrhagies. 1828. Bei Conty. Gazette hebdom. 1876 p. 563.
[3]) Fuchs. Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhänge. Göttingen 1840—41.
[4]) Rehfeld. Schmidt's Jahrb. der ges. Medic. 1838 p. 308.
[5]) Canstatt. Handb. der medic. Klinik 4 Bd. p. 1008.
[6]) Vallin. Gaz. méd. de Paris. 1863 p. 735.
[7]) Wagner. Archiv der Heilk. X 1869 p. 361.
[8]) Leuthold. Traubes gesam. Beiträge zur Path. und Phys. Bd. II p. 760. Berlin klin. Wochsch. 1865 Nr. 50.
[9]) Eichhorst. Handb. der spec. Path. und Therapie Bd. IV p. 47. 2. Auflage.
[10]) Reder (Hebra) Virchow's Handb. der spec. Path. und Therapie. Bd. III 1. Abth. p. 620.
[11]) Schmitt. Memorabilien aus d. Praxis V 3. 1860. Schmidt's Jahrb. Nr. 107.
[12]) Kaltenbach. Jahrbuch f. Kinderheikunde 1873 p. 30.
[13]) Henoch: Beiträge zur Kinderheilk. N.F. 1868. p. 402; Berliner klin. Wochsch. 1867 Nr. 15, 1868 Nr. 50, 1874 p. 641 und Vorlesungen über Kinderkr.
[14]) Silbermann.
[15]) v. Dusch und Hoche.
[16]) Kinnicutt. Peliosis rheumat. Archiv. of Dermatology Vol. I w. 31 Vierteljahrsch. für Derm. und Syphilis 1875 4. Heft p. 533.
[17]) Scheby-Buch: Deutsches Archiv für klin. Medicin XIV p. 466.
[18]) W. Koch: Deutsche Chirurgie von Billroth und Lücke, Bd. XII. 1889.
[19]) Immermann: v. Ziemssens Handb. der spec. Path. Bd. II 1. Abth. p. 676.
[20]) Strümpell: Lehrbuch der spec. Path. und Therapie. Bd. II 2. Abth. p. 231.
[21]) Gerhardt: Lehrbuch der Kinderkrankheiten 1881 p. 269.
[22]) Steiner: Compendium der Kinderkrankheiten p. 370.
[23]) Baginsky: Lehrbuch der Kinderkrankheiten III. Aufl. p. 317.

d'Espine und Picot[24]) vertreten. So ist heutzutage der Begriff der Schönlein'schen Krankheit durchlöchert worden, und v. Dusch und Hoche haben wohl Recht, wenn sie behaupten (l. c.), dass viele Autoren nur noch aus Achtung vor dem berühmten Kliniker der Peliosis rheumatica Erwähnung thun.

Wenn wir uns aber die Gründe, die Scheby-Buch, Wilhelm Koch und andere Autoren gegen die Annahme der Peliosis rheumatica als einer besonderen Erkrankung geltend machen, näher ansehen, so können wir uns durchaus dem nicht verschliessen, dass diese Gründe gesucht erscheinen. Es ist durchaus nicht stichhaltig Krankheiten nur aus dem Grunde zu analogisiren, weil sich gemeinsame Symptome und Uebergänge finden. Wie häufig constatiren wir Aehnlichkeiten zwischen Variola und Varicellen, Masern und Rubeolen, ja sogar zwischen Abdominal- und Flecktyphus, und doch wird es Niemandem einfallen, diese Krankheiten zu identificiren. Eine Identität verschiedener Krankheitsformen sind wir nach dem heutigen Standpunkte nur dann anzunehmen berechtigt, wenn die klinische Erfahrung lehrt dass die eine Form aus der anderen durch Contagion entstehen kann, oder aber wenn für alle Formen ein identisches infectiöses Agens gefunden ist. Dieser Nachweis identischer Krankheitserreger ist bis jetzt nicht erbracht worden. Es sind wohl von verschiedenen Autoren, so von Letzerich, Petrone und Koch, Bacillen und Mikrokokken im Blute bei Skorbut und Morbus Werlhofii entdeckt worden, Letzerich gelang es sogar bei Kaninchen dem Morbus maculosus ähnliche Symptome zu erzeugen, indem er Reinculturen von Bacillen aus dem Blute eines an Morbus Werlhofii leidenden Patienten injicirte. Damit könnte aber nur die Contagiosität des Morbus maculosus bewiesen sein. Keineswegs ist man aber berechtigt, aus diesen Beobachtungen irgend welche Schlüsse in Bezug auf die Purpura rheumatica zu ziehen.

Unzweifelhaft hat diese Krankheit in einer grossen Reihe von Fällen einen ganz typischen, schematischen Verlauf. Solche typische Fälle sind ja vielfach beschrieben worden. Auch ich habe 2 Fälle der Krankheit in Dorpat gesehen und einen Fall in Berlin bei einem 25jährigen Mädchen, welches an einer Endokarditis valvularum aortae laborirte. Kehren wir nun zu unserem kleinen Patienten zurück, so haben wir auch hier ein typisches Krankheitsbild, das weder mit der einfachen Purpura, noch mit irgend einer anderen Bluterkrankung identificirt werden kann. Dass hier ein enges Verhältniss zwischen der Erkrankung des Mädchens und der des kleinen Bruders desselben besteht, wird man wohl gewiss annehmen dürfen, um so mehr, als wir in der angeführten Literatur mehrfach erwähnt finden, dass die betreffenden Patienten entweder selbst schon früher rheumatisch erkrankt waren, oder dass in der Familie acuter Gelenkrheumatismus herrschte. Ich erwähne hier nur den bereits citirten Leuthold'schen Fall, ferner den von v. Dusch und Hoche beschriebenen. Es handelte sich da um ein 13jähriges Mädchen, dessen Familienglieder bereits an Gelenkrheumatismus laborirt hatten; die Patientin selbst hatte mehrfache Attaquen des polyarticulären Gelenkrheumatismus durchgemacht und als deren Folge einen Herzfehler acquirirt. Beide Krankheiten zu identificiren fällt mir natürlich nicht ein, so lange der Beweis noch nicht erbracht ist, dass beiden ein identischer Mikroorganismus zu Grunde liegt. Dass man aber entschieden viel zu weit geht, wenn man den Begriff der Schönlein'schen Krankheit fallen lassen will, möchte ich hier nochmals betonen.

Zum Schlusse erlaube ich mir mit einigen Worten die Frage der Pathogenese der Krankheit zu berühren. Trotz neuerlicher bedeutsamer Forschungen bleibt doch die Frage noch nicht entschieden, ob bei der Bildung der Purpura Gefässwand oder Gefässinhalt die Hauptrolle spielt. Jedenfalls ist soviel als feststehend hinzunehmen, dass es nicht, wie man früher annahm, einer Gefässzerreissung bedarf, um den Durchtritt rother Blutkörperchen aus Capillaren und sogar aus kleinen Venen zu ermöglichen. Die Cohnheim'schen Forschungen haben zur Evidenz ergeben, dass makroskopische Extravasate durch Anomalien der Gefässwand, welche mikroskopisch nicht wahrnehmbar zu sein brauchen, zu Stande kommen können. Eine andere Frage, die uns hier näher angeht ist nun aber, ob die Veränderung des Blutes resp. der Gefässwand primär bestehe und die Gelenkaffection erst secundär auftrete, oder ob letztere das Primäre sei und die Veränderungen des Blutes resp. der Gefässwand erst consecutiv auftreten. Darüber kann man verschiedener Meinung sein, und es fehlt auch nicht an Vertretern für beide Auffassungen. Für die übergrosse Mehrzahl der Fälle aber ist es, meiner Meinung nach, viel wahrscheinlicher anzunehmen, dass die Blutungen erst consecutiv in Folge des rheumatischen Krankheitsprocesses entstehen; denn, wie wir gesehen haben, betrifft die Peliosis Individuen, welche früher an rheumatischen Affectionen bereits gelitten haben; auch erscheinen die Blutungen gewöhnlich erst, nachdem Gliederschmerzen vorausgegangen sind.

[24]) d'Espine et Picot: Traité des maladies des enfants IV Edit. p. 212.

Referate.

St. Wright (London): Ueber ein neues Stypticum und über die Möglichkeit die Coagulationsfähigkeit des Blutes in den Gefässen bei Hämophilie, Aneurismen und inneren Blutungen zu steigern. (The Brit. Med. Journ. 1891. 19. XII. Therap. Monatshefte Nr. 2. 1892).

Verf. hat ursprünglich eine Lösung des Fibrinferments mit Erfolg als Stypticum benutzt; er kam aber später zur Ueberzeugung, dass die Gerinnung noch beschleunigt werden kann, wenn man eine 1 pCt. Calciumchloridlösung hinzufügt. Dieses Stypticum entfaltet seine Wirkung nur auf das Blut, während die übrigen Gewebe von ihm vollständig unverändert gelassen werden. Verf. gelang es mit diesem Mittel bei Thieren die Blutung nach Durchschneidung der Vena jugularis communis, der Vena axillaris, der Art. hepatica sofort zum Stehen zu bringen. Ferner beobachtete er, dass arterielles und venöses Blut ausserhalb des Körpers unter Zusatz des genannten Reagens beträchtlich rascher coagulirt, als ohne dasselbe. Beim Menschen ist bis jetzt nur einmal ein derartiger Versuch, nach supravaginaler Cervixamputation, mit gutem Erfolg gemacht worden. Verf. ist der Meinung, dass sich das Mittel bei unstillbarem Nasenbluten, bei Haemophilie, bei Blutungen, in denen es nicht möglich ist, die Gefässe zu ligiren, bewähren wird. Um die Coagulationsfähigkeit des Blutes innerhalb der Gefässe zu steigern, empfiehlt Verf. Kalksalze per os oder durch intravenöse Injectionen zu appliciren. Die Gefahr der Gerinnung in den Gefässen selbst tritt nicht ein, das Blut behält seine ursprüngliche Flüssigkeit. Zwecks Herstellung des Stypticums wird das Blut von Herbivoren in der dreifachen Menge Wasser aufgefangen, dann bis zum Beginn der Gerinnung stehen gelassen und durch Schlagen defibrinirt. Das auf diese Weise erhaltene Fibrin wird durch Auswaschen im Wasser vom Blutpigmente gereinigt und dann für einige Zeit in starken Alkohol gebracht. Nach Entfernung des letzteren kann hieraus das Fibrinferment durch Extraction mit sterilisirtem Wasser gewonnen werden. Hierzu wird dann eine 1 pCt. Lösung von Calciumchlorid hinzugesetzt.

Abelmann.

P. Grawitz: Ueber Lungenemphysem. (Deutsche Medic. Wochenschr. Nr. 10).

Nach der Theorie von Traube kommt das wahre Lungenemphysem dadurch zu Stande, dass beim trockenen Katarrh der Bronchien ein Verschluss kleinster Luftröhrenästchen durch zähen Schleim stattfindet, und dass alsdann sowohl bei der Erweiterung des Brustraumes bei der Einathmung als auch bei der Ausathmung und bei Hustenstössen der dahinter liegende Abschnitt der Lunge unter hohen Druck geräth, welcher Schwund der Alveolarscheidewände zur Folge hat. Um letzteren Schwund zu erklären hält Virchow den mechanischen Druck allein nicht für ausreichend, er glaubt vielmehr, dass das Lungengewebe vorher eine gewisse Schwäche besessen habe, welche den später eintretenden Schwund vorbereitet. Grawitz erscheinen beide Erklärungsversuche ungenügend, da die Haupteigenthümlichkeiten des wahren Em-

physems, nämlich seine besondere Localisation an den scharfen Lungenrändern und der Pigmentmangel der emphysematös veränderten Stellen, dadurch nicht erklärt werden. Alle, sowohl die peripher gelegenen Lungenbezirke, als auch die centralgelegenen, stehen stets unter gleichem Luftdruck, dagegen werden letztere durch zahlreiche Anastomosen seitens der Bronchialarterien besser mit Blut versorgt, als erstere; deswegen können Ernährungsstörungen in den Randpartien der Lunge leichter vorkommen.

Nach wochenlanger chronischer Vergiftung von Kaninchen mit Phosphorwasserstoffinhalationen findet sich in Folge auftretender Circulationsstörung neben oedematöser Beschaffenheit der Gewebe in den Randpartien der Lungen das Bild des wahren Emphysems. Bei dieser Form des Emphysems, das Grawitz «hydropisches Emphysem» nennt, findet aus den stark erweiterten Lymphwegen des Bindegewebes eine Anschwemmung des Pigments statt. Beim herzkranken Menschen beobachtet man hydropisches Emphysem in Folge zeitweiliger Herzschwäche.

Eine zweite Art des Emphysems bezeichnet Grawitz als «entzündliches Emphysem». Um das Zustandekommen desselben zu erklären benutzt er die Resultate seiner neuesten Arbeiten über das Verhalten der Bindegewebszellen bei progressiver Ernährungsstörung. Nach Grawitz entstehen die Bindegewebsfibrillen aus den ursprünglichen embryonalen Bindegewebszellen selbst durch Umwandlung, andrerseits kann unter krankhaften Ernährungsstörungen das fertige faserige Bindegewebe wieder in den ursprünglichen dem Embryo eigenthümlichen, rein zelligen Zustand zurückkehren: es vergrössern sich zuerst die fixen Bindegewebszellen, dann erweitern sich die Saftspalten, sie sind zuerst kernlos, dann treten an ihren Wandungen schlanke Kerne, darauf eine spindelige Zellsubstanz hervor; auch in den Fasern, selbst den elastischen, treten in bestimmten Abständen färbbare Kerne auf, zu jedem Kern gehört ein angrenzendes Stück der Faser, welches allmälig körnig wird, sich von dem benachbarten Stück lostrennt und nunmehr eine Spindelzelle formirt. Von besonderer Wichtigkeit ist diese Auflösung der festen Bindegewebslagen in frei bewegliche Zellen für die Erklärung des Pigmentschwundes aus dem Lungenparenchym bei entzündlichen Processen in der Lunge. Aus den langen perlschnurartig aufgereihten Pigmentkörnchen werden wieder Spindelzellen, die die erweiterten Saftkanäle füllen und fortwandern. Grawitz fand in sehr stark kohlenpigmenthaltigen Lungen die entzündeten Partien hellroth, fast pigmentfrei; das Pigment war aus letzteren in das Gewebe der Milz und Leber angeschwemmt. Auch nach Ablauf der Entzündung sticht die erkrankt gewesene Stelle durch ihren Mangel an Farbstoff von den gesund gebliebenen ab. Werden solche Abschnitte des Bindegewebes und der Alveolen, welche bei der Entzündung eine vollständige Umbildung erfahren hatten, nur unvollständig oder gar nicht zurückgebildet, so entsteht eine Atrophie d. h. ein Emphysem, das wegen seiner Entstehungsart als entzündlich bezeichnet werden kann.

Auch bei länger dauernder mangelhafter Ernährung besonders im hohen Alter erfährt das Bindegewebe eine Rückbildung in der Weise, dass Bindegewebsfasern wieder zu Zellen werden, gleichzeitig findet ein Uebertritt von pigmenthaltigen Zellen in die Lymphbahn statt und ein Verschwinden der Kohle aus den atrophischen Bezirken — «atrophisches Emphysem» —; es entsteht als Altersemphysem am häufigsten in den scharfen Lungenrändern, wo die schwächste Circulation besteht und betrifft nicht nur die Alveolarsepta sondern auch das Bindegewebe und lässt in der Regel nur in dem Pleuraüberzug noch einen Theil intacter kohlenstaubhaltiger Zellen unberührt fortbestehn.

«Das wahre Lungenemphysem ist also ein Schwund von «Alveolarsepten und Bindegewebe, welcher entweder durch «ein vorausgegangenes Oedem oder durch eine vorausgegan«gene Entzündung unter dem Erwachen der Grundsubstanz «zu zelligen Elementen verursacht ist, oder demjenigen lang«samen Umbildungsprocess der Fasern zu Zellen bei schwach «ernährten und greisen Individuen zuzuschreiben ist, den wir «bisher ohne eine Kenntniss der histologischen Vorgänge als «einfache Atrophie oder insensible Atrophie des Bindegewe«bes bezeichnet haben». W. Beckmann.

W. Gerlach: Ueber das Vorkommen specifisch färbbarer Körner im menschlichen Fettgewebe. Ein Beitrag zur Pathologie der Fettzelle. (Virchow's Archiv. Bd. 125, 1891).

Man findet verhältnissmässig häufig, namentlich bei älteren Individuen, um die Fettzellkerne herum eigenartige, kokkenähnliche Gebilde, welche sich besonders dadurch auszeichnen, dass sie die Tuberkelbacillenreaction aufweisen, sich mit basischen Anilinfarbstoffen gut, mit gewöhnlichen Carmin- und Hämatoxylinlösungen schwach und nach Gram-Kühne sich gar nicht färben lassen. Sehr gut sind sie auch mittelst der Weigert'schen Hämatoxylinnervenscheidenfärbung darzustellen.

Gleichzeitig findet man an den Fettzellen selbst zweierlei Veränderungen: erstens eine Lückenbildung im Protoplasma derselben, welche allem Anscheine nach durch erwähnte Körner erzeugt worden ist, und zweitens eine Vacuolisirung und Aufquellung der Zellkerne. Die Vacuolen können in letzteren so gross werden, dass schliesslich von der Kernsubstanz blos ein einfacher Ring nachbleibt.

Durch Ausschliessung verschiedener Erklärungsversuche gelangt man zur Vermuthung, es handele sich im gegebenen Falle um im Augenblicke harmlose Mikroparasiten des menschlichen Fettgewebes. (Autorreferat).

W. Gerlach: Ueber die Beziehungen zwischen den Hautflecken und der Nervenerkrankung bei der Lepra anaesthetica. (Virchow's Archiv. Bd. 125, 1891).

Die Abhandlung enthält im Wesentlichen die Resultate der Dissertation des Verf.'s, welche in dieser Zeitschrift bereits in einem Vortrage von Prof. Dehio wiedergegeben sind und den Nachweis bringen, dass auch die sogen. anästhetische Lepra eine primäre Hauterkrankung darstellt. Neu ist die genauere Untersuchung der Muskeln, welche zeigt, dass dieselben erst secundär in Folge der Nervenerkrankung atrophisch geworden sind. Eine weitere Ergänzung der ursprünglichen Arbeit liefert die Untersuchung der Haut der fleckigen Aussatzform. Diese ist insofern von Interesse, als sich im gegebenen Falle in den Schweissdrüsen aus der Umgebung jüngerer Hautflecke körnige, die Leprabacillenfärbung vertragende Gebilde nachweisen liessen, welche offenbar als Involutionsformen der Leprabacillen aufgefasst werden müssen, analog wie es bereits von mehreren Forschern bei denselben Gebilden in den Schweissdrüsen der tuberösen Lepra gethan worden ist. (Autorreferat).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Hersing: Compendium der Augenheilkunde. Siebente Auflage. Stuttgart. F. Enke. 1891.

Silex: Compendium der Augenheilkunde. Berlin. S. Karger. 1891.

Das Hersing'sche Buch, welches uns nun schon in der siebenten Auflage vorliegt, erfreut sich einer grossen Beliebtheit unter den Studirenden, für welche es ein guter Leitfaden ist; auch der praktische Arzt, der sich schnell über wichtige Fragen der praktischen Augenheilkunde informiren will, kann hier bei der knappen und gleichmässigen Bearbeitung des Stoffes die gewünschte Auskunft finden. Anatomische Vorbemerkungen zu jedem Capitel und kurze historische Rückblicke vervollständigen den Text, welcher durch gewissenhafte Anführung der Autoren an Werth gewinnt. Die zahlreichen Holzschnitte sind instructiv in der Auswahl und gelungen in der Ausführung, was von der Farbendrucktafel (ophthalmoskopische Bilder) leider nicht gesagt werden kann. Die beigefügten Probebuchstaben sind gut zu brauchen.

Das Büchlein von Silex giebt in handlichem Taschenformat und in kleinem aber übersichtlichem Druck auf 190 kleinen Seiten einen möglichst knappen Grundriss der Augenheilkunde. Zum Nachschlagen und zur vorläufigen Orientirung ist es daher wohl geeignet. Wenn aber der Verf. dem Studirenden dadurch die Möglichkeit geben will «am Ende des Semesters oder der Studienzeit in wenigen Tagen das ganze Gebiet der Augenheilkunde zu durchfliegen, wodurch das Gehörte und Gesehene in seinem Gedächtniss festeren Halt gewinnen wird» so möchten wir doch an dem pädagogischen Nutzen eines so gedrängten Auszuges zweifeln. Blessig.

1) **F. A. Flückiger: Pharmakognosie des Pflanzenreiches.** III. Auflage mit einem geschichtlichen Anhange. Berlin 1891, Gaertner's Verlag, 1113 pp.

2) **E. Schmidt: Ausführliches Lehrbuch der pharmaceutischen Chemie.** III. vermehrte Aufl. Erster Band, Anorg. Chemie. I. Braunschweig, 1892, 480 pp. Mit zahlreichen Holzschnitten.

Die beiden obigen Bücher haben das Gemeinsame, dass der Studirende der Medicin in Deutschland dieselben mit einer sträflichen Nichtachtung straft, obwohl er aus beiden unendlich viel Nützliches für sein späteres Leben erlernen könnte. Die Studirenden der Medicin in Dorpat unterscheiden sich in Bezug auf die Werthschätzung dieser beiden Werke von ihren Commilitonen in Deutschland sehr vortheilhaft, indem sie sowohl auf die Pharmakognosie, als auf die pharmaceutische Chemie recht viel Zeit und Mühe verwenden und gerade die genannten Bücher dabei mit Vorliebe zum Zweck der Belehrung zur Hand nehmen. Aus diesem Grunde dürfte auch eine kurze Anzeige der neuen Auflagen dieser Bücher in dem einzigen medicinischen Fachblatte, welches den Specialinteressen

der deutsch sprechenden Aerzte in Russland gewidmet ist, wohl am Platze sein.

Der Unterzeichnete, welcher offen eingesteht, dass er als Student leider nie ein Werk über Pharmakognosie in den Händen gehabt hat und erst mehrere Jahre nach absolvirtem Staatsexamen durch die Pharmakologie zur Pharmakognosie hingeleitet worden ist, hat dem Werke Flückiger's auch in den vorigen Auflagen schon die grösste Sympathie entgegengebracht. Nach seiner Ansicht giebt es kein Concurrenzbuch, welches sich mit dem vorliegenden in Bezug auf sachgemässes selbstständiges Urtheil sowie peinliche Genauigkeit jeder einzelnen Angabe messen könnte, und welches doch dabei nirgends zur trockenen Aufzählung und Recapitulation wird, sondern das Interesse des Lesers dauernd wach hält. Dieses schöne Resultat wäre wohl nicht zu erzielen gewesen, wenn Fl. nicht auf das Vorzüglichste die Pharmakognosie mit der Geschichte der Drogen zu verflechten wüsste. Gerade auf historischem Gebiete ist Fl. aber eben so gut Meister, wie auf dem der eigentlichen Pharmakognosie. Nur mit Wehmuth kann man angesichts eines so ungemein gründlichen Werkes daran denken, dass der Lehrstuhl, den der Verfasser seit den 70. Jahren inne gehabt hat, und dem er seine ganze Kraft und Thätigkeit seit jener Zeit zugewendet hat, verwaist steht. Möge es dem in die bergige Heimath der Schweiz zurückgekehrten Forscher Freude und Trost gewähren, zu erfahren; dass seine Schöpfung, sein Buch, in Deutschland, England, Amerika, Italien, Frankreich, Russland, ja wohl in allen Ländern die Anerkennung gefunden hat und dauernd behaupten wird, welche es verdient!

Das Lehrbuch E. Schmidt's ist unter den Studirenden unserer med. Facultät Dorpat so bekannt, dass das Erscheinen einer neuen Auflage in Dorpat ein viel besprochenes Ereigniss namentlich für die Pharmaceuten bildet, welche «ohne den Schmidt durchgemacht» zu haben nicht zum Examen «vorzugehen» wagen. Sie verlieren die Vorliebe für dieses Werk aber auch nach dem Examen nicht, sondern sie nehmen die neueste Auflage desselben mit sich in ihre Lebensstellung selbst in den entferntesten Gouvernements des grossen Reiches, so dass sich selbst in Theilen Asiens, wo deutsche Lehrbücher nur selten sich hinverirren, so manches Exemplar des «Schmidt» zu finden ist. Für die Dorpater Mediciner wird das Werk in der neuen vermehrten Auflage nun freilich noch schwerer zu bewältigen sein, als in der alten, und es darf daher vielleicht in der wohlmeinendsten Absicht der Wunsch ausgesprochen werden, dass der verehrte Autor ein Extractum concentratum seines Werkes selbst herausgeben möge, welches in der Anordnung dem vorliegenden genau entspricht, aber nur die wichtigsten Thatsachen daraus enthält. Dasselbe würde zur Repetition für Mediciner und Pharmaceuten gleich geeignet sein.

Sowohl das Werk von Flückiger, als das von Schmidt sind Originalwerke ersten Ranges, auf welche die deutsche Litteratur stolz sein kann. Möchten doch derartige achtunggebietende Leistungen endlich allen jenen Blinden in Deutschland und Oesterreich die Augen öffnen, welche noch immer der vorweltlichen Anschauung huldigen, dass die Pharmakognosie und Pharmacie an die Lehrstühle der Pharmakologie, der Chemie etc. als unbedeutende Appendices angehängt werden können! Kobert.

Protokolle
der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1175. Sitzung am 19. Februar 1892.

Anwesend 46. ordt. Mitgl. und 12 Gäste.

1. Dr. Packiewicz verliest seinen angekündigten Vortrag, betitelt:

«Was ist die Hypnose?»

Nachdem Vortr. einleitend auf die verkehrten Vorstellungen hingewiesen, welche die Laienwelt, zum Theil auch der ärztliche Stand über den Hypnotismus hat, spricht er sich dahin aus, dass sich ihm beim Studium der Hypnose die Ueberzeugung aufgedrängt habe, der Mensch habe eine bewusste und eine unbewusste Hirnthätigkeit, ein bewusstes und ein unbewusstes «Ich», welche unabhängig von einander sowohl Eindrücke empfangen, wie arbeiten können. Nachdem Vortr. diese Theorie durch Beispiele erläutert und die perpetuelle Thätigkeit des unbewussten Ich darzulegen versucht, bespricht er die gewaltige Rolle, die letzteres spielt, und kommt zu dem Schluss, dass die unbewusste Hirnthätigkeit der bewussten gewaltig überlegen sei: Die Musculatur des Herzens, unbewusst arbeitend, ermüdet im ganzen Leben nicht, der bewusster Weise bewegte Arm sehr bald; aber auch ein und dieselbe Muskelgruppe leiste, durch unbewusste Hirnthätigkeit angetrieben (in Hypnose) unendlich viel mehr, als wenn sie bewusster Weise innervirt wird.

In der Hypnose sieht Vortr. den Schlaf des bewussten Ich, während das unbewusste Eindrücke empfängt und arbeitet. Der Unterschied zwischen gewöhnlichem Schlaf und der Hypnose bestehe blos darin, dass das unbewusste Ich in ersterem Falle sich selbst überlassen, in letzterem Falle aber mit seiner ganzen Aufmerksamkeit an den Hypnotiseur gefesselt ist.

Zum Schluss prognosticirt Vortr. der Hypnose eine heute noch ungeahnt grosse Rolle in der Therapie, und weist auf die grosse Rolle hin, welche dieselbe im gewöhnlichen Leben spiele und stets gespielt habe.

Dr. Schröder: die Theorie von dem bewussten und unbewussten Ich, stamme seines Wissens von dem Berliner Professor der Philosophie Dessoir; sie sei wohl ein geschickt gewähltes Bild, biete aber keine Erklärung, denn abgegrenzte Begriffe für seine beiden «Ich's» gebe Dessoir nicht. Als fertige Wahrheit, wie Dr. Packiewicz dies gethan, könne Redn. diese Theorie nicht acceptiren, zumal noch andre Erklärungen für die verschiedenartigen Aeusserungen des menschlichen Seelenlebens vorliegen: ein Philosoph spaltet die Seele statt in 2 in 3 Theile und hat Anhänger, ein anderer gar in 4!

Dr. Packiewicz: nur für die Erklärung der Hypnose durch Schlaf des bewussten Ich nehme er die Priorität für sich in Anspruch; die Theorie von der bewussten und unbewussten Hirnthätigkeit habe er acceptirt, weil sie plausibel sei und die einzige Möglichkeit biete, die Hypnose zu erklären.

Dr. Donner sieht im Bewusstsein nur eine Begleiterscheinung der Seelenthätigkeit. Die Dessoir'sche Theilung der Seelenthätigkeit ermöglicht erst, in der Hypnose kein Schreckgespenst zu sehen, wogegen Dr. Schröder erklärt, er theile die Seele nicht, erschrecke aber auch nicht vor der Hypnose. Dr. Schröder wendet sich schliesslich kurz gegen die Verallgemeinerung des Begriffs Suggestion als ein Bestreben, welches nur verwirrend wirke.

Thatsachen zurechtstellend, weist Dr. Wolfram darauf hin, wie das Herz durchaus nicht ruhelos arbeitet, sondern in jeder Diastole, also 12 Stunden am Tage, ruht; bestreitet ferner Dr. Mercklin die oft angeführte ungeheure Kraft Geisteskranker, er habe eine Steigerung der Körperkraft bei Irren nie gesehen.

1176. Sitzung am 4. März 1892.

Anwesend: 53 ord. Mitgl. und 10 Gäste.

In Abwesenheit des Secretairs tritt statutenmässig Dr. P. Bergengrün als jüngstes Mitglied in dessen Function.

1. Dr. Bergengrün demonstrirt mehrere weisse Bänder und Bandfetzen, von denen das längste 4½ Ctm. lang und 1½ Ctm. breit ist. Die eine Fläche ist glatt und spiegelnd, während die andere ein mehr körniges, rauhes Aussehen hat, hie und da leicht mit Blut gefärbt ist und derbe Querstreifung zeigt. Die Präparate stammen aus den Luftwegen einer Dame Frl. M. B. v. A., die seit 6 Jahren an bacillärer Lungenphthisis leidet, zu welcher sich seit 3 Jahren auch Larynxbeschwerden gesellten. Anfang October vorigen Jahres flaches, oberflächlich ulcerirendes Infiltrat der Interaryschleimhaut.

Im vorigen Winter Tuberculincur in Königsberg. — Im November vorigen Jahres zweimaliges Curettement der inzwischen stärker zerfallenen Stelle; die Stimme welche damals rauh und klanglos war, erhält normale Beschaffenheit und die Interaryschleimhaut zeigt durch die folgenden 4 Monate bis auf eine leichte Röthung absolut normales Verhalten. Nach dieser Zeit wieder Zerfall der Schleimhaut, mit starker Heiserkeit, nachdem in der ganzen Zeit tägliche Milchsäurepinselung angewandt worden.

Die Milchsäure, welche fast durchweg in 10 pCt., selten 15 pCt. Lösung angewandt wurde, war während der ganzen Zeit mit einem auf einem rauhen Sondenknopf gewickelten Wattebausch in den Larynx gebracht worden. Da die Berührung der Watte aber in letzter Zeit zu enormem Husten reizte, wurde die Applicationsweise in der Weise abgeändert, dass das Medicament mit einer Kehlkopfspritze in den Larynx geträufelt wurde (à 1—1,5 Gramm jedes Mal). Diese Methode wurde ca. 84 Tage vor der letzten Operation in Anwendung gezogen.

Diese fand am 25. Februar 1892 statt; nach derselben unausgesetztes heftiges Husten, unaufhörliches Erbrechen durch 3 Tage und 2 Nächte, so dass Patientin stark herunter kam.

Nach Verlauf dieser ungeheuer qualvollen Zeit warf Pat. das grösseste der vorliegenden Bänder aus, täglich folgten kleinere Stücke, stets unter colossalen Schleimbeimengungen. Die Beschwerden hatten mit einem Schlage aufgehört, die Heilung ging nun anstandslos von Statten. Configuration der Stücke, die im frischen Zustande schneeweiss sind und sich schwammig anfühlen, sowie die grobe Querstreifung deuten mit einiger Sicherheit auf die Trachea resp. einen Bronchus hin.

Ein anderer Fall, der vor etwa 6 Wochen im Krankenhause in Dr. Deubners Abtheilung beobachtet wurde, hat viel Aehnlichkeit mit dem oben Besprochenen. Ein junges Mädchen von 24 Jahren leidet an schwerer Larynxphthise mit

geringer Mitbetheiligung der Lungen. Bacillen vorhanden. Ende November vorigen Jahres Curettement. Pinselung mit 50 pCtiger Milchsäure, wie oben, vermittelst des Wattebausches, der anfangs brillant vertragen wurde, schliesslich aber die Pat. doch so stark erschütterte, dass auch hier die Spritze für denselben eintrat. Dabei geschah es 2 Mal, dass die Flüssigkeit aspirirt wurde. Pat. warf eines Tages weisse Bänder aus, die sie für Bandwürmer hielt. Dr. Deubner hat die Gebilde gesehen.

Die mikroskopische Untersuchung der hier demonstrirten Stücke ergab feinkörnigen Detritus, Fibrin, veränderte Eiter- resp. Schleimkörperchen, vereinzelte veränderte rothe Blutkörperchen.

Indem Vortr. die Frage aufwirft, ob vorliegende Gebilde etwa zu den Producten der noch so wenig gekannten und seltenen membranösen Schleimhauterkrankungen, wie sie in Pharynx und Nase hie und da beobachtet worden, gehören, und die Ansicht ausspricht, es handle sich hier nicht um einen Aetzschorf (da intacte Schleimhaut von mässig concentrirter Milchsäure nicht angegriffen werde, in dem einen Falle nur 10 pCtige, in dem anderen 50 pCtige Lösung, erstere nur durch eine Woche, letztere consequent durch 3—4 Wochen angewandt wurde), sondern um eine Schleimhauterkrankung sui generis, wendet er sich an die grössere Erfahrung älterer Collegen mit der Bitte um Mittheilung einschlägiger Beobachtungen und Beurtheilungen. (Autorreferat).

Im Anschluss an den 2. der referirten Fälle äussert Dr. Deubner, dass die von der Pat. expectorirten Stücke genau den vorgelegten entsprächen, sie seien 10—15 Ctm. lang, 4—5 Mm. breit gewesen, welche in der That den Proglottiden von Bothriocephalus latus ähnlich gesehen; auch die mikroskopische Untersuchung ergab denselben Befund, wie ihn Vortr. angegeben. Im Uebrigen ist Dr. Deubner ebenso wie Dr. Worms der Anschauung, dass es sich hier um Kunstproducte handle, da bei beiden Patientinen Milchsäure angewandt sei und nicht bekannt sei, ob die Tracheal- resp. Bronchialschleimhaut intact gewesen.

Dr. A. Bergmann hält die Stücke für Producte einer eigenthümlichen, ihrem Wesen nach noch unbekannten Schleimhautmetamorphose und spricht sich strict gegen die Auffassung aus, dass es sich um einen Schorf handle.

Dr. Hampeln hält diesen Fall für äusserst selten, im Krankenhause hat er in der Reihe der Jahre keinen einzigen Fall von Bronchitis membranacea gesehen und in der Privatpraxis nur einen ähnlichen Fall und zwar an sich selber beobachtet. Aetiologie im Allgemeinen unbekannt. In alter Zeit werde als aetiologisches Moment der innerliche Gebrauch des Jodkali angeführt und im Allgemeinen werden irritirende Agentien durch ihren Contact mit der Schleimhaut als wesentliche Entstehungsursache derartiger Membranbildungen angegeben. Aus diesem Grunde muss er sich der Anschauung wie sie Dr. Worms vertreten, durchaus anschliessen.

Dr. Wolfram proponirt zur Klärung der Frage eine chemische Analyse der Stücke vornehmen zu lassen.

2. Dr. Hampeln verliest seinen Vortrag: «Ueber das Aortenaneurysma und seine Beziehungen zu Lungenblutungen».

Vortragender geht von den Perforationsblutungen der inneren Aneurysmen als einer der hauptsächlichsten Todesursachen beim Aneurysma aus. Während sie für das Urtheil der Gegenwart blos die Bedeutung einer lediglich terminalen Katastrophe besitzen, wurde in früheren Zeiten auch den prämonitorischen, prodromalen, oft Monate lang währenden Perforationsblutungen Aufmerksamkeit geschenkt. Diese Angabe wird durch Citate aus Ichelmayer, Bamberger, Stokes, Cannstatt, Lebert, belegt. Vortragender schliesst sich der älteren Auffassung auf Grund seiner Erfahrungen an.

Unter 17 Fällen seiner Beobachtung: 15 Männer und 2 Weiber betreffend, perforirte das Aneurysma nach innen 7 Mal und zwar 1 Mal in die Trachea ohne, in den übrigen Fällen mit Blutung und zwar 1 Mal in das Zellgewebe des Mediastinums und Halses, 2 Mal in die Trachea, 2 Mal in die Bronchi, 1 Mal in den Oesophagus. Also 4 Mal Perforationsblutung in die Luftwege, dabei 3 Mal, nach dem längere Zeit prämonitorische Blutungen vorausgegangen waren.

Ueber diese Fälle referirt Vortragender:

1. Eduard H. 48 a. n. (aufgenommen den 18. August gestorben den 19. September 1884) hatte vom 13. Aug. bis 19. Sept. stündlich leichte Lungenblutungen, die zum Schluss profus werdend den Tod herbeiführten. Die Section ergab ein kindskopfgrosses Aneurysma der Aorta ascendens und des Arcus. Perforation einerseits in den Oesophagus, andererseits in den rechten Bronchus.

2. L. Nostrin, 40 a. n. (aufgenommen den 10. Juni, gestorben den 20. Juni 1887) wirft im Verlaufe von neun Tagen gelatinöses, bräunliches Sputum aus und stirbt gleichfalls an profuser Haemoptoë. Die Obduction ergiebt ein in die Trachea perforirtes Aneurysma des Truncus anonymus.

3. Friedrich Bolt, 37. a. n. (aufgenommen den 26. Novemb. 1890 — gestorben den 27. April 1891) litt durch 4 Monate an beständigen leichten Lungenblutungen und endete gleichfalls mit profuser, tödtlicher Haemoptoë. Die Obduction ergab ein mässiges Aneurysma der Aorta ascendens und des Arcus mit secundären und tertiären Ausbuchtungen. Von Ersteren war eine in den linken Bronchus perforirt.

Diese in allen drei Fällen der terminalen, tödtlichen Haemoptoe vorausgehende habituelle Haemoptoe-Periode fasst Vortragender als gleicher Ursache, eben der Perforation entspringend auf. Dafür spräche sowohl der klinische Verlauf, als vor Allem der pathologisch-anatomische Befund, welcher keine andere Blutungsquelle entdecken liess.

Demgemäss unterscheidet Vortragender die Perforationsblutungen:

1. als paroxysmale, meist terminale und
2. als habituelle, prämonitorische, Tage, Wochen, Monate dauernde.

Während im ersten Falle die Diagnose meist keine Schwierigkeiten mache und mit letaler Prognose zusammenfalle, werde man im 2. Falle gerade durch die Blutungen gar zu leicht von der Annahme eines Aneurysma abgelenkt und über die vorliegende grosse Gefahr getäuscht. Es sei darum von grösster Wichtigkeit, diesen leichten, continuirlichen Lungenblutungen, als eigenthümlichen Erscheinungen einer drohenden nach einiger Zeit zum Tode führenden Perforation des Aneurysma nähere Aufmerksamkeit zuzuwenden und seiner Ansicht nach richtig, zur Auffassung der Alten über die Natur der Aneurysmablutungen zurückzukehren. (Autorreferat).

3. Dr. F. Schultz demonstrirt ein Aneurysma arteriae fossae Sylvii. Der Träger desselben war, nachdem er seine Tagesarbeit ganz wie gewöhnlich verichtet und sich zur Ruhe begeben hatte, todt auf dem Bette gefunden worden. Der Fall ist absolut symptomenlos verlaufen. Die Dura sehr adhaerent. Starke Suffusion der Pia und der Aussenseite der rechten Hemisphaere und über die ganze Hirnbasis bis links hinauf in die Fossa Sylvii. Ausserhalb der Pia mater kein Blutaustritt zu entdecken. Das Aneurysma selbst hat die Grösse einer kleinen Erbse; die Ränder der ungemein winzigen Perforationsöffnung rund und glatt.

1177. Sitzung am 9. März 1892.

Anwesend 63 ord. Mitglieder.

Interna, Statutenveränderungen betreffend.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— In der Sitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft am 21. October 1891 stellte A. Blaschko einen Kranken mit Alopecia areata vor, bei dem er durch halbseitige Anwendung des faradischen Stromes (mittelst kammförmiger Elektrode) halbseitiges Haarwachsthum auf den erkrankten Theilen bewirkte. Täglich wurde 5 bis 10 Minuten lang die eine Kopfhälfte mit dem Kamm behandelt, während der Kranke die andere Elektrode in der Hand hielt. Nach 4 Wochen zeigten sich die ersten Haare.

(Therap. Monatsh. 1892). (Sitzungsbericht).

— Richard Klein (Berlin) empfiehlt als ausserordentlich wirksames Mittel zur Beseitigung des Juckreizes bei Masern, Scharlach und Windpocken folgende Salbe: Lanolini purissimi 50,0 Vaselini americ. 20,0 Aquae destillat. 25,0. Misce terendo f. unguentum 3 stündl. einzureiben. Bei dem grossen Wassergehalte der Salbe entsteht nach ihrer Verreibung eine starke Verdunstung des suspendirten Wassers und damit eine angenehm wirkende Abkühlung der Hautoberfläche.

(Therap. Monatshefte 1892 pg. 56).

— Jacob Munk wendet bei Diphtheritis folgendes Verfahren an: Bei continuirlichen Eisumschlägen auf den Hals und gehöriger Ernährung (kleinere Quantität Cognac allein oder in Milch) pflegt er den Rachen des Patienten 3 mal täglich mit folgender Lösung auszuwischen: Creolini purissimi 2,0 Aq. fontis 100,0. Verf. hebt hervor, dass er bei dieser Behandlung seit 3 Jahren keinen Kranken verloren hat.

(Pester med.-chir. Presse Nr. 4. 1892).

— Huchard und Faure Miller behandeln die Lungenphthise mit Infectionen von Campheröl: Camphor. 25,0 Ol. olivar. puriss. steril. 100,0, alle 2 Tage eine volle Spritze tief unter die Haut zu injiciren. Die Injectionen verursachen keine Schmerzen. In 3/4 aller Fälle constatirten die Autoren Abnahme der Nachtschweisse, Zunahme des Appetites. Gewichtszunahme trat in 8 Fällen (von 27) ein, objectiv nachweisbare Besserung des Allgemeinzustandes und der Localaffection in 6 Fällen.

(Rev. gén. de clin. et de thérap. 1891. Memorabilien 1892. Heft 2).

Vermischtes.

— Ordensverleihungen: Der Weisse Adler-Orden — dem Ober-Medicinalinspector der Flotte, Ehrenleibmedicus Geheimrath Dr. Kudrin. — Der St. Stanislaus-Orden I.

Classe — dem Director des Marienhospitals, Ehrenleibmedicus, wirkl. Staatsrath Dr. Alyschewski und dem Beamten für besondere Aufträge beim Ministerium des Innern, Dr. med. Leschtschinski.

— Ernannt: Der Director der Moskauschen Entbindungsanstalt. wirkl. Staatsrath Dr. Dobrynin — zum Ehren-Leibaccoucheur des Kaiserlichen Hofes.

— Befördert: Zum Geheimrath — der Medicinalinspector der Anstalten der Kaiserin Maria, Dr. Sutugin. Zum wirklichen Staatsrath — der Director des hiesigen Andreas-Kinderasyls, Dr. Höppener.

— Verabschiedet: Der Militär-Reservearzt, wirkl. Staatsrath Dr. Schmulewitsch, mit Uniform.

— Zum Vorsitzenden des Examinations-Comités in Moskau ist Prof. W. K. Anrep (St. Petersburg) und zum Vorsitzenden dieses Comités in Kasan der frühere Professor der Kasanschen Universität M. F. Subbotin (in Moskau) ernannt worden.

— Verstorben: 1) Am 22. März in Bjelaja Zerkow der freiprakticirende Arzt Heinrich Tscherkasski im 27. Lebensjahre am Flecktyphus. 2) Der Operateur der Medicinalverwaltung in Jenisseisk Staatsrath P. J. Masharow. 3) Am 26. März in Warschau der jüngere Arzt des Kalugaschen Infanterieregiments S. J. Makarow, welcher erst vor 4 Monaten den Cursus an der militär-medicinischen Academie absolvirt hat, an Tuberculose. 4) In Philadelphia der Professor der operativen Chirurgie an der Universität von Pensylvanien, Dr. David Hayes Agnev, einer der berühmtesten Aerzte und Operateure Nordamerikas, im 74. Lebensjahre. Der Verstorbene ist der Verfasser des grossen Werkes «Principles and Practice of Surgery», welches in fast alle Cultursprachen übersetzt ist. 5) In London der berühmte Physiolog und Augenarzt, Prof. William Bowman, im 75. Lebensjahre.

— Die Leitung der bekannten Dr. Brehmer'schen Heilanstalt für Lungenkranke zu Görbersdorf übernimmt Dr. Wilh. Achtermann (aus Potsdam), welcher früher lange Jahre Assistent Dr. Brehmer's war.

— In England lebt ein Arzt Dr. Salmon, welcher bereits 102 Jahre alt ist. (Lancet).

— In Wesenberg (Estland) ist der ältere Kreisarzt Staatsrath Dr. Voss wegen stark zerrütteter Gesundheit der Obliegenheiten eines Wesenbergschen Kreis- und Stadtarztes entbunden worden.

— Um der Verschleppung des in Russland in erheblichem Umfange herrschenden Flecktyphus nach Preussen vorzubeugen, hat die preussische Regierung angeordnet, den Personenverkehr an der russischen Grenze, sowie auf denjenigen Bahnhöfen, auf welchen aus Russland kommende Personen Aufenthalt haben oder zu nehmen pflegen, einer strengen Controle zu unterwerfen. Nach der betreffenden ministeriellen Verfügung sind alle des Flecktyphus verdächtige Reisende aus Russland sofort anzuhalten, ärztlich zu untersuchen und, falls sich der Verdacht bestätigt, unverzüglich streng zu isoliren. Zugleich dürfen auch die etwaigen mitreisenden Angehörigen des Kranken zum freien Verkehr nicht zugelassen, sondern müssen unter genauer Beobachtung gehalten werden. Ihre Kleider und Effecten werden, wie diejenigen der Kranken selbst, einer Desinfection unterworfen.

— Die diesjährige Gelbfieber-Epidemie in Brasilien ist ebenso langwierig als heftig und scheint auch mit dem Eintritt kühlerer Witterung nicht erlöschen zu wollen. Die amtliche Statistik verzeichnet allein für Rio de Janeiro und allein für den Monat Januar 1011 Todesfälle am gelben Fieber. (A. m. C.-Ztg.).

— Die Zahl der in New-York am Flecktyphus, welcher aus Russland eingeschleppt worden, Erkrankten betrug bis zum 10. März bereits 153. Von diesen sind 13 gestorben, darunter 2 Krankenpflegerinnen.

— Nach einer statistischen Zusammenstellung in den Publicationen der Moskaner Stadtduma existirten in Moskau im Jahre 1890 — 156 verschiedene Heilanstalten, wie Krankenhäuser, Lazarethe, Gebärasyle u. s. w. Die Zahl der Krankenhäuser belief sich auf 90, der Ambulatorien auf 50 und der Kranken-Aufnahmezimmer in den Polizeigebäuden auf 16. Von den Krankenhäusern waren nur 42 allen Kranken zugänglich; die übrigen 48 gehörten verschiedenen Institutionen, wie Schulen, Gefängnissen etc. an. Von der Krone und von Privatgesellschaften wurden 59 Krankenhäuser unterhalten, von Privatpersonen 16 und von der Stadtverwaltung 15. Ihrem Charakter nach zerfielen die Krankenhäuser in allgemeine und specielle, von denen erstere 74 pCt. aller (6049) Betten der 42 allgemeinen Krankenhäuser einnahmen, während auf die Specialheilanstalten nur 26 pCt. = 1570 Betten entfielen.

— Mit Allerhöchster Genehmigung wird die I. allrussische hygienische Ausstellung, welche von der russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit veranstaltet wird, im Frühjahr 1893 in St. Petersburg stattfinden. Das Ausstellungsbüreau bittet, die Anmeldungen von Ausstellungsgegenständen bis zum 1. September d. J. einzusenden. Das Büreau befindet sich in St. Petersburg, Dmitrowski Pereulok Nr. 15.

— Durch ein Circular des Medicinal-Departemets vom 24. Februar d. J. ist es gestattet, dass Personen weiblichen Geschlechts als Apotheker-Lehrlinge in Privatapotheken gleichzeitig mit Personen männlichen Geschlechts fungiren, jedoch nur unter der Bedingung, dass sie ausserhalb der Apotheken wohnen und nur am Tage in denselben beschäftigt sind.

— Der Druck der Verhandlungen des X. internationalen medicinischen Congresses ist nunmehr beendet. Die sämmtlichen 5 Bände des Werkes liegen abgeschlossen vor. In kurzer Zeit wird auch der Druck des Sachregisters, welches in deutscher, französischer und englischer Sprache verfasst ist, fertiggestellt werden und dann das vollständige Werk zur Versendung gelangen.

— Die Ergebnisse der vom deutschen Verein für innere Medicin veranstalteten Sammelforschung über die Influenza-Epidemie werden demnächst veröffentlicht werden. Von den an sämmtliche Aerzte Deutschlands versandten Fragekarten waren 6000 mit ausführlichen Antworten zurückgekommen, so dass der vom Verein für innere Medicin eingesetzten Commission, an deren Spitze Prof. Leyden und Geh. Sanitätsrath S. Guttmann stehen, eine erschöpfende Uebersicht über die Art und Ausbreitung der Epidemie in Deutschland vorlag. Von hervorragenden Fachmännern geordnet und bearbeitet, wird nun der gewaltige Stoff in Form eines stattlichen Bandes unter dem Titel: «Die Influenza-Epidemie 1889/90, im Auftrage des Vereins für innere Medicin herausgegeben von E. Leyden und S. Guttmann», im Verlage von J. F. Bergmann in Wiesbaden erscheinen. In der wissenschaftlichen Literatur steht ein solches Werk bisher vereinzelt da, und mit seinen Ergebnissen ist es nicht nur ein wichtiger Beitrag zur Geschichte der Medicin, sondern auch zur Culturgeschichte. (A. m. C. Ztg.).

— Von dem Organisations-Comité der im Jahre 1893 stattfindenden Weltausstellung in Chicago ist die Veranstaltung eines internationalen hygienischen Congresses bei dieser Gelegenheit in Aussicht genommen. Zu diesem Zwecke hat sich das genannte Comité mit der ständigen Commission des internationalen hygienischen Congresses in Verbindung gesetzt, um eine Vereinbarung dahin zu treffen, dass der für das Jahr 1893 in Budapest abzuhaltende XIII. internationale hygienische Congress erst im Jahre 1895 daselbst stattfinde.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 28. März d. J. 6160 (192 weniger als in der Vorwoche), darunter 419 Typhus — (10 weniger), 591 Syphilis — (37 weniger), 58 Scharlach — (5 weniger), 23 Diphtherie — (4 weniger), 49 Masern — (2 weniger) und 15 Pockenkranke (6 mehr als in der Vorwoche).

Vacanz.

Es wird ein erfahrener Arzt gesucht. Nähere Auskünfte über die Bedingungen erhält man auf schriftliche Anfrage unter der Adresse: «Станція Арседа, Грязе-Царицынской ж. д. И. В. Антонову».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 22. März bis 28. März 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
326	244	570	115	43	91	8	5	12	68	60	50	44	42	22	9	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 3, Typh. abd. 8, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 9, Scharlach 9, Diphtherie 5, Croup 1, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 23, Erysipelas 8, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 120, Tuberculose anderer Organe 7, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 39, Marasmus senilis 19, Krankheiten des Verdauungscanals 64, Todtgeborene 20.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 14. April.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 13. April.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 **Mark** jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 16 St. Petersburg, 18. (30.) April **1892**

Ein Tubenabort. Casuistische Mittheilung.

Von

Dr. Karlotto von Renteln,

Ordinator der gynäkologischen Abtheilung des Evangelischen Hospitals in St. Petersburg.

Frau B. in K. 29 a. n. hatte im Juni verflossenen Jahres geheirathet. Mit dem 14. Lebensjahre begann die Menstruation, die im Anfang normal, im 19. und 20. Jahre jedoch mit heftigen Schmerzen verbunden war.

Einen Fluor hat Pat. immer nur vorübergehend gehabt, besonders stark aber in der ersten Zeit ihrer Verheirathung. Im Uebrigen will Pat. stets gesund gewesen sein. Die letzten Menses Ende September 1891 hatten am 1. Oct. aufgehört. Am 22. Oct. kam es zu einer leichten Blutung, die aber nur einen Tag anhielt, worauf sich Leibschmerzen und subjective Graviditätssymptome, wie Uebelkeit, Schwindel etc. einstellten. In der Folgezeit blutete Pat. ab und zu jedoch nur wenig und nicht länger als ein paar Stunden, höchstens einen halben Tag; das Allgemeinbefinden verschlimmerte sich aber in hohem Grade, Pat. verlor ihre Kräfte, wurde mager, blutarm und nervös.

In der Nacht vom 16. auf d. 17. Jan. a. c. traten äusserst heftige kolikartige Schmerzen im Unterleibe auf; Compressen und Morphium in kleinen Dosen milderten dieselben in geringem Grade. Am folgenden Nachmittage Wiederholung der Schmerzen, zu denen sich grosse Schwäche hinzugesellte mit Ohrensausen, Ohnmachten, kaltem Schweiss, sehr kleinem fadenförmigem Pulse bei normaler Temperatur. Schon jetzt stellte College Hoffmann die Diagnose auf Ruptur einer graviden Tube und verordnete absolute Ruhe, Eis und Opium. Gegen Abend steigerte sich der Collaps in bedrohlicher Weise, die Besinnung schwand zeitweise und der Puls war mitunter nicht zu fühlen. Es wurde eine Kochsalzinfusion von 500 Cbctm. gemacht, worauf eine leichte Besserung eintrat. Die nächsten Tage verliefen bei leidlichem Wohlbefinden und der Kräftezustand hob sich etwas; zugleich stellte sich aber eine Blutung per vaginam ein und die Temperatur wurde subfebril.

Am 21. Jan. 3 Uhr Nachmittags fand ich Pat. in folgendem Status: eine sehr bleiche, mässig genährte Frau mit tiefeingesunkenen Augen, schwacher Stimme, elendem Pulse (100 in der Minute) und einer T° von 37,8. Ueber die ganze vordere Fläche des mässig aufgetriebenen Leibes tympanitischer Schall, nur in der linken Lendengegend complete Dämpfung bis 2 Querfinger hinter der Spina ilei. Ueber der Symphyse links von der Linea alba eine circumscripte Resistenz wie vom Fundus uteri.

Per vaginam: Uterus an die Symphyse gedrängt, steht schräg, Fundus nach links, Cervix nach rechts sehend, beträchtlich vergrössert, weich; die Palpation äusserst empfindlich. Das hintere Scheidengewölbe vorgebaucht, schlaff; Vagina stark aufgelockert, links dicht am Uterus eine ca. hühnereigrosse, längliche, wenig bewegliche Geschwulst mit unregelmässigen Contouren. Das linke Scheidengewölbe durch narbige Schrumpfung unnachgiebig, das rechte normal; das rechte Ovarium nicht zu fühlen. Blutung per vaginam nicht stark, ohne Gerinnsel. Am Herzen überall blasende Geräusche, Lungen etc. gesund. Die Diagnose des behandelnden Collegen konnte nur bestätigt werden: Graviditas tubae sinistrae mit Berstung des Sackes und Blutung in die freie Bauchhöhle. Augenblicklich Stillstand der Blutung, doch in allernächster Zeit eine Erneuerung derselben fast sicher vorauszusehen, weshalb die absolute Nothwendigkeit der Laparotomie dem Manne auseinandergesetzt und seine Zustimmung zu derselben eingeholt wurde*).

Ein Transport ins Hospital zum Zweck der Operation erschien durchaus contraindicirt und es wurden daher die nöthigen Vorbereitungen in derselben Wohnung getroffen. Um 6 Uhr Abends Laparotomie: Chloroformnarkose, Beckenhochlagerung nach Trendelenburg, Stearinkerzenbeleuchtung. An der Wunde assistirte mir freundlichst Dr. Wiedemann und die Herren Collegen Hoffmann, Heyking und Sommer leisteten mir in liebenswürdigster Weise Beistand.

Bauchschnitt vom Nabel bis zur Symphyse ohne viel Blutverlust. Schon durch das freipräparirte Peritoneum schimmerte das dunkle Blut hindurch und beim Eröffnen der Peritonealhöhle strömte dasselbe in reicher Menge hervor, untermischt mit nur wenigen kleinen Gerinnseln. Die geblähte Schlinge des S romanum drängt sich vor und wird, in eine heisse Compresse gehüllt, hinaufgeschlagen. Mit der linken Hand wird der Fundus uteri aufgesucht: er ist umgeben von leicht unter einander verklebten Dünndarmschlingen, die sich jedoch leicht von einander trennen liessen, worauf der Uterus erfasst und angezogen wird. Das linke Lig. latum erwies sich aber als so straff, dass ein genügendes Vorziehen des Uterus und ein Einblick in die Beckenverhältnisse nicht möglich war. Daher wird mit 2 Fingern vorsichtig längs der Tube lateralwärts weitergetastet und so die Auftreibung derselben gefunden

*) Schauta veröffentlicht in seinen Beiträgen zur Casuistik, Prognose und Therapie der Extrauterinschwangerschaft vom Jahre 1891 pag. 43 folgende Zahlen:

«Ruptur mit Blutung in die freie Bauchhöhle geheilt 7, gestorben 115 Fälle».

«Ruptur mit innerer Blutung und Laparotomie mit Exstirpation des Fruchtsackes geheilt 102, gestorben 19 Fälle».

Diese Zahlen bedürfen wohl keiner weiteren Erklärung.

und vor die Wunde gezogen. Dabei bildet sich ein langer dünner Stiel aus der Tube und oberen Duplicatur des Lig. lat. welches schnell unterbunden und durchgeschnitten wird. Das Ovarium lag bedeutend tiefer, war breit gestielt und vollkommen gesund, weshalb es auch nicht mit in die Ligatur genommen, sondern in die Bauchhöhle reponirt wurde. Da die Adnexa der andern Seite ganz normal gefunden wurden, wird nun schnell ohne Rücksicht auf das zurückbleibende Blut, also ohne weitere Toilette des Peritoneum, die Bauchwunde vernäht. Zuletzt Anlegung eines fest angezogenen Bindenverbandes. Dauer der Narkose 45 Minuten, verbraucht 50 Grm. Chloroform.

Nach dem Erwachen keine Schmerzen im Leibe, keine Uebelkeit oder Erbrechen; desgleichen die folgenden Tage.

Der Wundverlauf war in sofern abweichend vom gewöhnlichen, als die Temperatur die nächsten 8 Tage erhöht war. (Abendtemperatur 38,0—38,6, Morgentemperatur 37,6—37,8). Theils beruhte das auf Resorption des in der Bauchhöhle zurückgelassenen Blutes, theils auf künstlich unterhaltener Darmunthätigkeit. Das subjective Befinden war ein denkbar gutes. Die Pulsfrequenz sank stetig; die höchste Temperatur war 38,6 bei 90 Pulsen am 7. Tage; sie fiel nach ausgiebiger Entleerung des Darmes zur Norm und blieb auch niedrig von hier ab. Am 3. Tage nach der Operation war bereits die Decidua ausgestossen worden, worauf die Blutung allmählich sistirte. Am 12. Tage entfernte Dr. Hoffmann die Nähte, welche reactionslose Stichkanäle aufwiesen. Am 8. Februar d. h. am 18. Tage verliess Patientin das Bett.

Das Präparat stellt den graviden Tubensack dar, welcher die Grösse eines gewöhnlichen Hühnereies hat und in der Mitte eine circuläre Einschnürung aufweist. Medianwärts ist ein ca. centimeterlanges Stück der Tube unverändert erhalten. Der ampulläre Theil, dessen oberer Rand in schräger Richtung auf 1½ Ctm. eingerissen ist, präsentirt ein wallnussgrosses Blutgerinnsel und die Placenta, auf deren oberer Fläche die unverletzte klare Fruchtblase mit dem in derselben vollständig erhaltenen Fötus gelagert ist. Die eben erwähnte Einschnürung entstand wohl dadurch, dass das Ovulum sich abgelöst und weitergeschoben hatte, denn Placenta, Fruchtblase und Blutcoagulum stehen im Begriff aus dem abdominalen Tubenende geboren zu werden, was deutlich an den rings um die Tubenöffnung gruppirten Fimbrien zu erkennen ist.

Aus der akademischen therapeutischen Klinik des Prof. L. W. Popow.

Die Methoden der quantitativen Bestimmung des Urobilins im Harn.

Von
Dr. T. Bogomolow.
Docenten der militair-medicinischen Akademie.

Seitdem man auf die Ausscheidung von Urobilin im Harn zu achten anfing und die Bedeutung der Urobilinausscheidung nicht nur bei Lebererkrankungen, sondern auch bei anderen Leiden, welche eine Zerstörung der rothen Blutkörperchen nach sich ziehen, erkannte, machte sich das Bedürfniss nach einer Methode der quantitativen Urobilinbestimmung geltend.

Die ersten Versuche den Urobilingehalt quantitativ zu bestimmen gehören Vierordt (Die quantitative Spektralanalyse, Tübingen 1876). Bei seinen Bestimmungen wandte er die Spektralanalyse an, da aber im Harn sich gleichzeitig mit Urobilin noch andere Farbstoffe finden, welche die Bestimmung selbst beeinflussten, so erwies sich Vierordt's Methode nicht als ganz geeignet. Es musste also nach einfacheren und für klinische Zwecke mehr geeigneten Methoden der quantitativen Urobilinbestimmung gesucht werden. In den letzten 4 Jahren wurden von mir[1]), von Georg Hoppe-Seyler[2]) und von Viglezio[3]) besondere Methoden der quantitativen Urobilinbestimmung empfohlen. Da sich in der ausländischen Literatur die Beschreibung meiner Methode, welche viel einfacher und bequemer ist, als die Verfahren der genannten Autoren, nicht findet, so werde ich kurz meine Methode beschreiben und dieselbe mit den anderen Verfahren vergleichen.

Bevor ich aber zur Beschreibung meiner Methode übergehe, muss ich darauf hinweisen, dass ich für Urobilin erstens den Farbstoff der Excremente und zweitens nur das pathologische Product der Umwandlung des Blut- und Gallenfarbstoffes, welches mit dem Harn ausgeführt wird, halte; die übrigen gelben Farbstoffe, welche im Harn erscheinen und welche nur das Spektrum des Urobilins liefern, aber nicht sämmtliche demselben charakteristische Reactionen geben, erkenne ich nicht als Urobilin an. Diese Stoffe haben ausser dem Absorptionsspektrum mit dem Urobilin noch das gemein, dass sie durch Säuren eine rothe Farbe annehmen und dabei das charakteristische Spektrum beibehalten. Ich halte für charakteristisch für das pathologische Urobilin und das Pigment der Excremente ihr Verhalten gegen die gleich zu nennenden Reagentien: 1) die Veränderung durch Alkalien. Säurelösungen des pathologischen Urobilins ändern beim Uebergang in alkalische ihren Charakter, d. h. anstatt des Streifens zwischen 6 und F erscheint ein Streifen zwischen 6 und E; 2) alkalische Lösungen von pathologischem Urobilin können bei Neutralisation derselben mittelst einer Lösung von schwefelsaurem Kupfer in neutrale übergeführt werden; aus diesen letzteren wird durch Chloroform ein carmoisinrother Farbstoff extrahirt, welcher einen scharfen Absorptionsstreifen in E giebt. Die carmoisinrothe Chloroformlösung wird nach Zusatz eines Alkaliüberschusses entfärbt; dabei wird das Alkali roth gefärbt, während die alkalische Lösung einen Streifen zwischen 6 und E giebt. Diese letztere alkalische Lösung kann nach Zusatz von Essigsäure zuerst in eine neutrale (wobei das Chloroform wieder eine carmoisinrothe Farbe annimmt) und dann in eine saure, gelblich rothe mit einem Absorptionsstreifen zwischen 6 und F übergeführt werden. Aber dieser Streifen tritt nicht gleich von Anfang an als solcher auf, sondern er wird zuerst neben dem Streifen in E nur angedeutet, dann erlangt er dieselbe Intensität, wie der Streifen in E; darauf fängt der letztere an sich zu verwischen und nachdem er vollständig geschwunden ist und die Lösung ihre carmoisinrothe Färbung vollständig eingebüsst hat, tritt der Streifen zwischen 6 und F scharf hervor. So etwas bekommen wir nicht mit den anderen oben genannten gelben Farbstoffen, welche ein dem Urobilinspektrum ähnliches Absorptionsspektrum zeigen.

Wie verhält sich der Harn, welcher pathologisches Urobilin enthält?

Harn, welcher pathologisches Urobilin enthält, wird nach Zusatz einer Lösung von schwefelsaurem Kupfer smaragdgrün gefärbt und giebt beim Schütteln einen braungelben Schaum. Wenn der Harn eine saure Reaction hat, so wird aus demselben nach Zusatz von schwefelsaurem Kupfer durch Chloroform ein röthlich gelber Stoff mit einem Absorptionsstreifen zwischen 6 und F extrahirt. Falls der Harn alkalisch ist, so wird unter denselben Bedingungen der Schaum carmoisinroth und wird durch Chloroform ein carmoisinrother Stoff mit einem Absorptionsstreifen in E extrahirt.

Die Lösung des schwefelsauren Kupfers macht wahrscheinlich das Urobilin aus seinen Verbindungen mit Phosphaten frei, die Phosphate nämlich erhalten das Harnurobilin in Lösung, wie es Méhu gezeigt hat.

Indem wir wissen 1) dass Urobilin eine schwache Säure ist, welche durch Alkalien neutralisirt werden kann, 2) dass Urobilin durch Phosphate in Lösung erhalten wird, 3) dass bei Uebergang aus dem sauren Zustand in den alkalischen sein Absorptionsspektrum sich verändert, 4) dass aus neutralen Lösungen nach Zusatz von schwefelsaurem Kupfer durch Chloroform ein carmoisinrothes Pigment ausgezogen wird, welches ein charakteristisches Absorptionsspektrum giebt, 5) dass aus neutralen Lösungen durch Chlorzink, ebenso wie durch schwefelsaures Kupfer, Urobilin freigemacht wird und dann durch Chloroform ausgesogen werden kann, habe ich versucht Urobilin als eine Säure zu titriren.

[1]) Медицина (Die Medicin) 1889. Nr. 61.
[2]) Virchow's Archiv T. 124. S. 30.
[3]) Lo sperimentale 1891. 15. Sept. S. 235—239.

Als Indicator der Beendigung der Reaction wählte ich einerseits den Farben- und Spektrumwechsel und andererseits den Farben- und Spektrumwechsel bei Gegenwart einer Lösung von schwefelsaurem Kupfer und Chlorzink (Farbenreactionen).

Als Säure erwies sich Urobilin 10 Mal schwächer als Oxalsäure, so dass ich zur Sättigung des reinen Urobilins eine centinormale Lösung von Natronlauge verwenden musste.

Um die Acidität zu bestimmen, wogen wir zuerst eine bestimmte Menge Urobilin ab, führten dieselbe in Lösung über, titrirten mit Kalilauge und bekamen so folgende Resultate:

abgewogene Urobilinmenge	durch Titrirung bestimmt
0,0256	0,0252
0,0032	0,00315
0,0022	0,00189
0,0058	0,0063
0,0012	0,0015
0,0060	0,0063

Da das Urobilin durch die Phosphate in Lösung (im Harn) erhalten bleibt, so muss es zuerst freigemacht werden; dies wird erreicht durch Zusatz von Alkali, welches zuletzt sämmtliche Phosphate in Form eines farblosen Niederschlages ausscheidet. Die Alkalimenge, welche bis zur Neutralisation des Harns zugesetzt wird, belehrt uns nur über die Gesammtacidität des Harns, giebt uns aber keine Auskunft über das Urobilin selbst. Erst die Alkalimenge, welche zur Ueberführung des Gemenges aus dem neutralen in den alkalischen Zustand nöthig ist, giebt uns die Urobilinmenge an, weil zur Ueberführung dieser Urobilinmenge aus dem alkalischen in den neutralen Zustand ebenso viel Cctm. des Oxalsäuretitrums erforderlich sind, als Cctm. Natronlauge zur Ueberführung des Urobilins in den alkalischen Zustand verbraucht wurden.

In der That können wir, indem wir zum Harn, welcher pathologisches Urobilin enthält, eine titrirte alkalische Lösung bis zum Auftreten einer neutralen Reaction zusetzen und mit dem Spektroskop die Veränderung der Schattirungen des Harns verfolgen, beobachten, dass wenn das Harn- und Alkaligemenge eine neutrale Reaction bekommt, dabei weder die Farbe des Gemenges noch seine spektroskopischen Eigenschaften sich verändern; so wie aber der Harn eine deutlich grüne Färbung annimmt, tritt sofort der Absorptionsstreifen des Urobilins auf.

Wenn wir dieses Gemisch durch einen Filter lassen und anfangen zu demselben eine Oxalsäurelösung zuzusetzen, so müssen wir von derselben so viel zugiessen, als Kalilauge zur Ueberführung des Harngemenges aus dem neutralen in den alkalischen Zustand verbraucht wurde.

Die Technik der Bestimmung

a) mittelst des Spektroskops.

Man nehme zwei kleine graduirte Cylinder mit flachem Boden, von 1—2 Ctm. im Durchmesser, giesse in dieselben gleiche Harnportionen ein, wende immer ein tragbares Spektroskop von derselben Oeffnungsbreite an, so dass man den Absorptionsstreifen des Urobilins deutlich sehen kann, dann giesse man zu dem einen Cylinder tropfenweise eine centinormale Alkalilösung (für den Harn kann man auch eine decinormale Lösung nehmen) und prüfe mit Lakmuspapier, in welchem Moment die neutrale Reaction eintritt. Von diesem Moment an giesse man mit der grössten Vorsicht vom Alkalititrum zu, bis zum Auftreten der alkalischen Reaction. Sobald die letztere erreicht wird, bekommt der Harn eine deutlich grünliche Verfärbung und im Spektrum erscheint der Absorptionsstreifen des alkalischen Urobilins.

b) Ohne Spektroskop.

Sobald wir bei Alkalizusatz merken, dass die Acidität des Gemisches stark abnimmt, giessen wir zu demselben Chloroform zu. So wie darauf eine neutrale Reaction auftritt, setzen wir sofort einige Tropfen einer Lösung von schwefelsaurem Kupfer (0,1 auf 100) zu und nimmt dann das Chloroform eine carmoisinrothe Färbung an. Dieselbe Färbung nimmt das Chloroform an, wenn wir zum Harn- und Alkaligemisch Chlorzink zusetzen. Das ist, so zu sagen, eine Probeportion. Dann nehme man von Neuem dasselbe Harnquantum, bringe es bis zur neutralen Reaction, filtrire und setze vorsichtig Alkali zu. Im Moment, wo der Harn alkalisch wird, nimmt er eine deutlich grüne Färbung an. Nach Zusatz einer Lösung von Chlorzink wird der Harn intensiv grün, und bei Zusatz von schwefelsaurem Kupfer intensiv roth gefärbt. Mit Chloroform kann man weder aus der einen, noch aus der anderen Lösung den Farbstoff extrahiren.

Indem wir berechnen, wie viel Cubikcentimeter Alkali wir verbraucht haben, um die neutrale Reaction des Harns in die alkalische überzuführen, und diese Zahl mit 0,00063 multipliciren, finden wir den Urobilingehalt im gegebenen Harnquantum, und da wir die Gesammtharnmenge kennen — auch den gesammten Urobilingehalt.

Jetzt wollen wir zu den anderen Methoden der quantitativen Bestimmung übergehen, bemerken aber nebenbei, dass es ganz fehlerhaft ist, den Urobilingehalt des Harns nach der Intensität seines Absorptionsstreifens zu bestimmen, wie es Hayem und Winter machen, denn das subjective Urtheil spielt dabei die Hauptrolle. Die beste Methode ist wohl die von Georg Hoppe-Seyler empfohlene. Er nimmt 100 CCtm. Harn, säuert denselben mit Schwefelsäure an und sättigt dann mit schwefelsaurem Ammoniak; schüttelt häufig und lässt dann für eine Stunde stehen, bis rothe Flocken sich ausgeschieden haben und die Flüssigkeit, in welcher die Flocken schwimmen, den Absorptionsstreifen des Urobilins nicht mehr zeigt. Die Flocken werden auf einen Filter gebracht, hier mit einer gesättigten Lösung von schwefelsaurem Ammoniak gewaschen, dann ausgepresst und mit einem Gemisch von Alkohol und Chloroform (zu gleichen Theilen) ausgezogen.

Die auf diese Weise erhaltene gelbe und gelblich rothe Lösung wird in einem besonderen Trichter filtrirt. Der Rest wird nochmals mit Alkohol und Chloroform extrahirt. Das Gemisch von Alkohol und Chloroform im Trichter wird so lange mit Wasser verdünnt, bis das Chloroform sich ganz ausgeschieden hat und beim Stehen ganz klar geworden ist.

Dann wird die Chloroformlösung in ein kleines (vorher abgewogenes) Glasgefäss gegossen und auf dem Wasserbade langsam eingedampft, der Rest wird bei 100° C. getrocknet und mit einer geringen Aethermenge extrahirt.

Die Aetherlösung wird filtrirt. Der Rest auf dem Filter wird wieder in Alkohol aufgelöst, wieder in ein Glasgefäss gebracht, eingedampft, getrocknet und gewogen.

Bei raschem, aber vorsichtigem Eindampfen und bei Vermeidung hoher Temperatur, erhielt Hoppe-Seyler ein Urobilin, welches charakteristische Eigenschaften hatte. Nach ihm stimmen die Resultate seiner Methode mit den spektroskopischen Bestimmungen überein.

Die Methode von Viglezio (l. c.): Er nimmt 300 CCtm. Harn, welcher Urobilin enthält, säuert denselben mit Schwefelsäure an und sättigt mit 230—240 Grm. schwefelsauren Ammoniaks und bringt das Alles auf einen Filter. Den Rest auf dem Filter wäscht er mit einer gesättigten Lösung von schwefelsaurem Ammoniak und extrahirt mit Alkohol. Zum Auswaschen sind 100 bis 300 CCtm. Alkohol erforderlich.

Dann geht er zur Bestimmung selbst über, welche er auf folgende Weise macht:

1) Er nimmt eine Mohr'sche Bürette, welche nach Zehnteln und Hundertsteln eines CCtm. graduirt ist und

bringt in dieselbe eine Urobilinlösung; 2) dann nimmt er eine Eprouvette, bringt in dieselbe 10 CCtm. 60 pCt Alkohol und setzt noch 2 Tropfen Ammonii liquidi und 2 Tropfen einer 1—2 pCt. Chlorzinklösung zu.

Nachdem Alles vorbereitet ist, giesst er in die Eprouvette die Urobilinlösung aus der Mohr'schen Bürette zu bis zum Auftreten einer grünen Fluorescenz. Im Anfang ist die Fluorescenz inconstant, später aber erhält sich dieselbe constant und wird dabei der Absorptionsstreifen sichtbar. Mit einer solchen Reaction lassen sich Urobilinspuren entdecken. Die Fluorescenz erscheint früher als der Streifen; um den Streifen auftreten zu lassen, muss man 3 mal so viel Alkohollösung zusetzen, als zum Hervorrufen der Fluorescenz nöthig ist.

Die Zahl, welche bei der Bestimmung erhalten wird, ist das arithmetische Mittel der beiden Zahlen d. h. der Menge, welche zum Hervorrufen der Fluorescenz nöthig war und derjenigen, welche bis zum Auftreten des Absorptionsstreifens verbraucht wurde. Zur Feststellung der Probelösung wiegt Viglezio 1 Centigramm des Urobilin Jaffé, löst es in 100 CCtm. Alkohol und versetzt diese Lösung mit dem oben genannten Gemisch aus Alkohol, Chlorzink und Ammoniak. Bis zum Beginn der Reaction verbrauchte er 0,50 CCtm. und bis zum Auftreten des Streifens 1,6 CCtm.

Indem er die Menge des in 300 CCtm. Harn enthaltenen Urobilins mit x bezeichnet, mit n die Zahl der Hundertstel Alkohol (welcher das aus dem Harn extrahirte Urobilin enthält), welche für die Reaction nöthig waren, führt er die folgende Formel aus: $x = \frac{1}{n} \times 0{,}05 \times 0{,}01$; 50 ist die Zahl der Hundertstel eines Cubikcentimeters, welche nöthig ist, wenn die Lösung 0,01 (soluzione typica) enthält und wenn 300 CCtm. derselben genommen sind. Unter diesen Bedingungen lässt sich der Procentgehalt des Urobilins nach folgender Formel berechnen: $x = \frac{1}{n} \times 0{,}50 \times 0{,}01$; $x = \frac{0{,}17}{n}$.

Wenn wir 300 CCtm. eines Urobilinextracts haben und wenn bei der Reaction z. B. 0,15 d. h. 15 Hundertstel verbraucht wurden, so erhalten wir

$$x = \frac{0{,}17}{15} = 0{,}011.$$

Nachdem ich die Methoden von G. Hoppe-Seyler und Viglezio controlirt hatte, kam ich zu folgendem Schluss:

Die Methode von Hoppe-Seyler erfordert sehr viel Zeit und Mühe, da dabei ein genaues Abwägen nöthig ist. Bei der Methode von Viglezio brauchen wir nicht zu wägen, aber sein Verfahren leidet doch erstens an dem Mangel, dass die Probeflüssigkeit nicht nach dem Méhu'schen, sondern nach dem Jaffé'schen Urobilin, welches wohl kaum rein ist, bestimmt wird, und zweitens ist dieses Verfahren deshalb mangelhaft, weil beim Zusatz von Urobilin zum Gemisch aus Ammoniak, Chlorzink und Alkohol auf das Moment des Auftretens der neutralen Reaction nicht geachtet wird.

Wie es nun auch sein möge, so sind diese beiden Methoden für den Kliniker schon deswegen unbequem, weil dabei zuerst das Urobilin aus dem Harn ausgeschieden werden muss, während bei der Bestimmung nach meiner Methode nicht nur diese umständliche Arbeit, sondern auch das nicht weniger umständliche Abwägen vermieden wird. Es wird auf diese Weise Zeit und Mühe erspart. Ausserdem kann man nach meiner Methode das Urobilin direct titriren, sowohl in alkoholischer, als auch in Chloroformlösung. Der geringste Alkaliüberschuss nimmt der Chloroformlösung ihre Urobilinfärbung, wobei der Farbstoff natürlich in die über dem Chloroform sich lagernde Alkalischicht übergeht. Durch entsprechenden Säurezusatz kann von Neuem das Urobilin in Chloroformlösung übergeführt werden. Die von mir empfohlene Methode quantitativer Urobilinbestimmung wird sowohl von mir, als von den Ordinatoren der akademischen therapeutischen Klinik Prof. Popow's angewandt. Ich spreche Herren Prof. Popow meinen aufrichtigen Dank aus für die Bereitwilligkeit mir sein klinisches Material zur Verfügung zu stellen zum Zweck der Aufklärung einiger Fragen aus dem Gebiete der pathologisch-chemischen Diagnostik.

Referate.

L. Redtenbacher: Ueber den diagnostischen Werth der Milzpunction bei Typhus abdominalis. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 19, H. 4).

Verf. berichtet über 14 Fälle von Milzpunctionen, welche er zum Zwecke der Diagnosticirung des Abdominaltyphus ausgeführt hat. Hierbei liess sich zehnmal durch Culturen das Vorhandensein von Typhusbacillen feststellen, und da von den 14 Fällen drei Erkrankungen sich später conform dem Fehlen von Typhusmikroorganismen, als nicht typhöse herausgestellt haben, so erscheint das gewonnene Ergebniss als ein recht günstiges. In dem einzigen Falle, wo sich trotz bestehendem Ileotyphus keine Bacillen nachweisen liessen. war die T°. des Pat. bereits gesunken. Das Züchten der Mikroorganismen bis zur Möglichkeit eine Diagnose zu stellen, beanspruchte blos eine Zeit von 3—4 Tagen, so dass auf die vom Verf. angegebene Weise noch rechtzeitig ein diagnostisches Resultat erzielt werden kann — umsomehr als es bei der Milzpunction hauptsächlich darauf ankommt, die Differentialdiagnose zwischen Ileotyphus einerseits und septisch-pyämischen Processen oder Miliartuberculose andererseits zu stellen. Eine wissenschaftliche Bedeutung erlangt dieser Eingriff bei den Typhen von unbestimmbarem Typus.

Die Punction an sich soll ganz gefahrlos sein, da eine Laesion der Milzkapsel nur einmal eingetreten war und erst nach einem Monate, als Pat. der Intensität der Erkrankung zum Opfer gefallen war, als zufälliger Befund bei der Section entdeckt wurde.

W. Gerlach.

S. T. Sörensen: Ueber Scharlachdiphtherie. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 19. H. 5, 6. 1891).

Scharlachdiphtherie und die genuine sind zwei sowol klinisch als anatomisch sehr wohl unterscheidbare Krankheiten, so dass die Annahme: es handele sich bei der ersteren um eine blosse Complication durch die letztere, von der Hand zu weisen ist. Die nekrotischen Beläge sind bei der Scharlachdiphtherie mehr gelb und lassen sich nur äusserst selten als zusammenhängende Membranen ablösen; es besteht eine grosse Neigung zu suppurativen und tiefgreifenden ulcerösen Vorgängen, was übrigens klinisch nicht leicht zu erkennen ist, wohl aber sehr deutlich bei Sectionen zu Tage tritt; die Ausbreitung der Krankheit ist nicht nur eine continuirliche, sondern auch metastatische und zeichnet sich von der genuinen Diphtherie noch dadurch aus, dass sie mehr die Tendenz hat sich zum Ohre und zu den Lymphdrüsen fortzuleiten, den Kehlkopf aber und die grossen Luftwege zumeist verschont; endlich ist das Fieber bei Scharlachdiphtherie in der Regel ein sehr hohes und scheinbar direct in Abhängigkeit stehend von den localen Processen. Die Tendenz zur Suppuration äussert sich besonders deutlich in der Lymphadenitis, welche hier sehr bald zur Abscedirung oder zu phlegmonösen Processen führt, während bei der genuinen Diphtherie eine starke Drüsenschwellung erstens nicht häufig ist und zweitens sich zurückbildet, ohne die bedeckende Haut zu entzünden.

Auch anatomisch ist das Bild beider Krankheiten ein durchaus verschiedenes; so fand Verf., dass die Membranen der Scharlachdiphtherie hauptsächlich aus häufig mehrkernigen Leukocyten bestehen, zwischen denen mehr oder weniger degenerirte Epithelien und nur spärliche Mengen von Fibrin angetroffen werden. Ferner sieht man an der Innenfläche der Membran eine continuirliche Schicht von Mikrokokken, welche auch in dem darunterliegenden Gewebe gesehen werden und zwar an Stellen, wo noch nicht einmal der Kerntod aufgetreten ist. Letzteres spricht gegen die Annahme, dass es sich hier um Saprophyten handle, und S. hält diese Kokken für das aetiologische Moment der Scharlachdiphtherie, umsomehr als die Metastasen denselben Mikroorganismus enthalten. Löfflersche Diphtherie-Bacillen fand er dagegen bei der Scharlachdiphtherie nicht. Die Kokken liegen entweder einzeln oder zu Ketten und Haufen vereint, häufig in praeformirten Gewebslücken und unterscheiden sich von Staphylo- und Streptokokken durch ihre geringere, vom Erysipelmikroorganismus durch ihre grössere Dimension.

Ein eigenthümliches Verhalten des Puerperalscharlaches bestimmt den Verf. zu behaupten, dass bei Scharlach die Infection durch Schlund oder Nase in den Körper eindringe und somit die Scharlachangina das «anatomische Substrat» für

die Gesammterkrankung abgebe und durch die Invasion erwähnter Mikrokokken erzeugt werde. Er fand nämlich in den Fällen, wo die Infection der Pat. durch den Genitaltractus entstanden zu sein schien, ähnliche Processe, wie am Schlunde, auch an den Schleimhäuten der weibl. Geschlechtsorgane, während die Angina in diesen Fällen entweder ganz fehlte oder nur sehr wenig ausgebildet war. W. Gerlach.

Arnoldo Maggiora: Einige mikroskopische und bakteriologische Beobachtungen während einer dysenterischen Enterocolitis-Epidemie. (Arch. ital. de biologie XVI Fasc. II–III, p. 128. 1892).

Nach einer durchaus objectiven Darstellung des gegenwärtigen Standes der Dysenterie-Amöben-Frage theilt Verf. seine eigenen Beobachtungen mit, welche er während einer Dysenterie-Epidemie angestellt hat. Es handelte sich um mehr als 200 Erkrankungsfälle, die bis auf 3 alle gutartig verliefen. In 20 Fällen wurden die Fäces mikroskopirt, in 12 davon einer bakteriologischen Untersuchung unterworfen. Nur ein einziges Mal bekam Verf. eine Amöbe zu Gesicht, ebenso nur einmal ein Paramöcium coli. Von den reincultivirten Bakterien fand sich constant B. coli communis, 5 Mal B. pyocyaneus, andere Arten nur sporadisch. Auf Grund dieser Befunde neigt Verf. zu der Ansicht derjenigen Autoren, welche annehmen, dass es ausser der Amöbendysenterie noch andere, besonders epidemisch auftretende und schnell verlaufende Krankheiten giebt, die sich in ihrem Symptomencomplex mit der Dysenterie von Lösch, Kartulis u. A. decken, ohne jedoch auf dasselbe ätiologische Moment zurückgeführt werden zu müssen. Speciell in seinem Falle hält es Verf. für nicht ausgeschlossen, dass das Bakterium coli commune von ätiologischer Bedeutung sei, da sich die aus den Dejectionen der Kranken gezüchteten Reinkulturen desselben als ganz besonders virulent für Meerschweinchen erwiesen.

Wladimirow.

J Longard: Ueber die Beschaffenheit der Sehnenreflexe bei fieberhaften Krankheiten und unter der Einwirkung psychischer Einflüsse. (Aus der medicinischen Klinik in Bonn. Deutsch. J. f. Nervenheilkunde I B. X.).

Im Anschluss an die Beobachtungen, dass bei gewissen fieberhaften Krankheiten (Tuberculose, Typhus abdominalis, Gelenkrheumatismus), bei Abkühlung der Körperoberfläche, nach langdauernden geistigen und körperlichen Anstrengungen etc. Steigerung der Sehnenreflexe häufig constatirt wurde, untersuchte L. 82 Phthisiker und fand in 30 Fällen Fussclonus bei sonst normalen Reflexen; in 7 Fällen waren auch andere Reflexe gesteigert. Ausserdem liess sich bei einer grösseren Zahl von Patienten locale Muskelcontraction (idiomusculäre Contraction) im M. pectoralis und biceps hervorbringen. L. untersuchte ferner einige Fälle von Typhus abd., acutem Gelenkrheumatismus und croupöser Pneumonie; in der grossen Mehrzahl der Fälle fand sich Steigerung der Sehnenreflexe. Bei den Fällen mit croupöser Pneumonie trat diese Steigerung häufig erst nach Ablauf der Krankheit zu Tage, während bei benommenen Patienten ein Patellarreflex überhaupt nicht zu erhalten war.

Den bei Tuberculösen beobachteten Fussclonus erklärt L. durch die grössere Spannung und den vermehrten Tonus im Gastrocnemius. Für solche Fälle, wo auch die anderen Sehnenreflexe eine Steigerung zeigten, glaubt Verf. einen durch die Infectionskrankheiten gebildeten nervenreizenden Stoff annehmen zu müssen, der die Reflexsteigerung bewirkt; denn bei 2 Fällen von Lähmungen bei Schwindsüchtigen ergab die anatomische Untersuchung Degeneration der peripheren Nerven und Muskeln, während das Rückenmark sich unverändert zeigte. Als Beleg für diese Auffassung berichtet L. über einen Fall von postdiphtheritischer Lähmung, welche mit neuritischen Erscheinungen — neuralgischen Schmerzen und Hyperaesthesie — bei starker Steigerung der Reflexe einherging und stützt sich auf die Beobachtungen von Strümpell und Moebius, welche bei peripheren Neuritiden gleichfalls gesteigerte Reflexthätigkeit beobachteten.

Schliesslich bringt Verf. auch dafür Belege bei, dass die Reflexe von der Psyche beeinflusst werden, indem Patienten mit sonst normalen Reflexen, wenn sie aufgeregt waren, stets lebhafte Steigerung der Reflexe zeigten.

Ebenso fand Verf. bei Neurasthenikern und Irren mit ängstlicher Spannung, Exaltation und psychischer Erregtheit recht constant eine starke Steigerung der Sehnenreflexe.

Kusick.

W. H. Welch: Der Bacillus coli communis. — Die Bedingungen seiner Invasion in den menschlichen Körper und seine pathogenen Eigenschaften. (The Medical News 12. Dec. 1891).

Bestimmte Bakterienarten werden regelmässig im gesunden Darmkanal gefunden, in grösster Zahl der Bacillus coli communis (Escherich). Ausser durch Verschiedenheiten im Wachsthum auf Gelatine, Agar und Kartoffeln unterscheidet er sich von dem ihm sonst sehr ähnlichen Typhusbacillus durch sein Vermögen Milch zu coaguliren, was der Typhusbacillus nicht vermag. Letzterer besitzt ausserdem eine active Beweglichkeit, während der Bacillus coli com. schwaches Beweglichkeitsvermögen aufweist. Bouillonculturen des Bacillus coli com. Meerschweinchen und Kaninchen injicirt tödten unter acuten Intoxicationserscheinungen (Escherich). Tavel beobachtete zuerst diesen Bacillus im menschlichen Gewebe nach ihm Wyss, Laruelle, Gilbert und Girode, Charrin und Roger, Naunyn, A. Fränkel und Malvoz.

Nachdem Verfasser zuerst bei einem Fall von hämorrhagischer Pancreatitis complicirt mit multipler Fettnekrose (fatnecrosis) im Mesocolon und Omentum und diphtheritischer ulcerativer Colitis den Bacillus coli com., ausser in den nekrotischen Stellen noch in den Mesenterialdrüsen, der Leber, der Galle, den Lungen, der Milz und den Nieren gefunden hatte, wandte er seine Aufmerksamkeit diesem Mikroorganismus zu. Er ging von der Annahme aus, dass der Bacillus von den Stellen des Darmes aus, wo die Schleimhaut lädirt ist, in den menschlichen Organismus eindringe. Unter 200 Sectionen fand Welch den Mikroorganismus in 33 Fällen. Stets fanden sich dabei Läsionen der Darmschleimhaut: Hämorhagien, Ulcerationen, Perforationen, katarrhalische und diphtheritische Entzündungen etc. etc. Der Bacillus wurde im Blut, den Lungen, der Milz, den Nieren, dem Peritoneum, den Gallengängen und der Gallenblase, in der Leber, den Lymphdrüsen, Hoden, Gehirn und Wunden nachgewiesen in verschieden grosser Zahl. Dabei bevorzugt er die Lungen und Nieren kommt aber auch häufig in der Leber, den Mesenterialdrüsen und der Milz vor. Die Natur des Bacillus wurde jedesmal mit allen Cautelen festgestellt. In einer Zahl von Fällen ruft er keine Erscheinungen hervor, vielleicht wird dies erklärt durch die Thatsache, dass ihn menschliches Blutserum ausserhalb des Körpers abtödtet. Weder in dem Fall von Fettnekrose, noch in Fällen von lobulärer Pneumonie und fettiger Degeneration der Nieren, wo sich der Bacillus in grossen Mengen vorfand, konnte er als unzweifelhafter Urheber der Affectionen beschuldigt werden. In 2 Fällen von Cholangitis und Cholecystitis bei Anwesenheit von Gallenstenien fand er sich in Reinculturen in der Galle. Schon Naunyn hat auf den eventuellen Zusammenhang zwischen der Anwesenheit dieses Bacillus und der Bildung von Gallensteinen aufmerksam gemacht, Gilbert und Girode, wie auch Charrin und Roger sahen den Bac. coli com. als Krankheitserreger an in Fällen eitriger Gallengangs- und Gallenblasenentzündung. Bei Perforationsperitonitis wird er in reichlicher Menge resp. Reinculturen im Exsudat gefunden. Verf. fand ihn auch in 3 Fällen von Peritonitis in Folge von Darmulcerationen ohne Perforation in serofibrinösen nicht ausgesprochen eitrigem Exsudat. Wahrscheinlich verursachte er die Peritonitis in diesen Fällen. Trotzdem glaubt Verf. nicht wie Malvoz, dass die Peritonitis bei Darmulcerationen stets vom Bac. coli com. verursacht wird, da häufig auch der Staphylococcus pyog. aureus oder der Streptococcus pyog. gefunden wird. Sowohl Ulcerationen durch Carcinom, wie auch bei Typhus eröffnen dem Bac. coli com. den Weg in den Organismus, Verwechselungen mit dem Typhusbacillus mögen dann häufig vorgekommen sein. Nur in 2 Fällen, wo der Bac. coli com. in den Organen nachzuweisen war fand Verf. am Darmcanal keine Läsionen.

W. Beckmann.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 3. März 1892.

1. Herr Anders demonstrirt einen 13jährigen Knaben, zu dem er am 10. Februar angeblich wegen einer incarcerirten Hernie gerufen wurde. In der That stellte sich eine pralle Geschwulst in der linken Inguinalgegend dar, die als incarcerirte Hernie auf den ersten Blick imponiren konnte. A. bestellte ohne Repositionsversuche gemacht zu haben den Fall ins Alexander-Männerhospital, um dort das Weitere zu entscheiden. Auch in der Narkose wurden Repositionsversuche unterlassen, da linksseitiger Kryptorchismus zu constatiren war und somit an einen incarcerirten Hoden gedacht werden musste. A. schritt sogleich zur Operation.

Nach einem über die Leistengeschwulst gemachten Hautschnitte präsentirt sich sehr nahe unter der Haut eine mit Flüssigkeit gefüllte längliche, einer Fischblase gleichende Geschwulst von 8—10 Ctm. Länge, in der Richtung des Leistenkanals. Beim weiteren Freilegen der Geschwulst lässt sich dieselbe als mit breitem Stiele in einen rigiden Ring sich fortsetzend constatiren.

Beim Umtasten des genannten Ringes wurde A. auf das Heraussickern klarer Flüssigkeit aus der Geschwulst aufmerksam. Dieselbe für Bruchwasser zu halten war nach dem Mitgetheilten kaum möglich. Es durfte nicht mehr gezweifelt werden, dass es sich um Hydrocelenflüssigkeit handelte.

A. discidirte die Geschwulst. Es präsentirte sich in der Tiefe des Sackes eine hämorrhagisch gestaute Geschwulst, kirschroth bis bläulich schwarz, die wie die Palpation ergab aus dem Leistenringe nur zum Theil hervorsah und von demselben fest umklammert war. Das bisher Mitgetheilte nicht im Auge habend, hätte dem Bilde nach an einen gangränös incarcerirten Darm gedacht werden können. Nach Incisionen in den Leistenring lässt sich der hämorrhagisch gestaute Hoden und Nebenhoden entwickeln. Zugleich bietet sich ein Anblick, der zu den seltensten Vorkommnissen gehört. Der offenbar torquirte Testikel macht eine fast selbstständige ungefähr 1½ malige Umdrehung durch Zurückdrehung des Samenstranges. Es handelte sich somit um Torsion eines Leistenhodens. In dem Zustand, in dem sich der torquirte Hoden und Nebenhoden befand, konnte derselbe nur entfernt werden, was auch geschah. A. exstirpirte ferner die durch Hydrocelenflüssigkeit ausgedehnte Tunica vag. propria und schloss die Wunde durch tiefe und oberflächliche Nähte. Der Verlauf war prima intentio und afebril. Von Interesse ist, dass Pat. wegen der angeblichen Hernie 5 Jahre lang ein Bruchband getragen hatte, an welches er sich schliesslich so gewöhnt, dass er sich von demselben bis zur Operation nicht trennen wollte. Unter Hinweis auf 2 Fälle von Ausstossung eines nekrotischen Hodens, der auf der Volkmann'schen Klinik beobachtet wurde, und Fälle ähnlicher Nekrotisirungen, wie sie von Nieman und Scarenzio mitgetheilt sind, greift A. auf die von Nicoladoni im 31. Bande von Langenbeck's Archiv geltend gemachte Anschauung zurück, dass eine Torsion spontan vorkommen kann, welche zur Nekrose des Hodens führe. An der Hand 2-er Fälle sicher constatirter Drehung von 180° und 360° und einigen Beobachtungen bei Operationen von Kryptorchismus, sieht Nicoladoni in letzterem Zustande ein hauptsächliches ätiologisches Moment für die Torsion des Samenstranges. Der Kryptorchismus begünstigt insofern eine Torsion des Samenstranges, als bei demselben ein Mangel des Mesorchiums vorkomme, und kann eine Torsion nur zu Stande kommen bei bestehender oder früher bestanden habender Retentio testis. A. macht ferner die Nicoladoni-Kocher'sche Anschauung geltend, nach welcher die Torsionsmöglichkeit auch noch darin gegeben sei, dass bei Leistenhoden vollkommen getrennter Gefäss- und Deferensstrang bestehe, welche durch ihre verschiedene Insertion eine viel ausgiebigere Drehung des Stranges um sich selbst gestatten. Einen von Cahen auf der Greifswalder und einen von Edward Meyer auf der Czerny'schen Klinik beobachteten Fall eingerechnet, dürfte der von A. demonstrirte den 5. sicher beobachteten Fall von Hodentorsion repräsentiren. Es erfolgt die Demonstration des Pat. und des hierher gehörigen Präparates.

2. Herr Westphalen referirt über einen Fall von Carcinoma ventriculi, welches sich aus einem Ulcus rot. entwickelt hatte. Neben dem Vorhandensein von Ulcussymptomen sprach eine auffällige Verschlimmerung des Leidens innerhalb der letzten 3 Monate in Verbindung mit einer fühlbaren Resistenz im Epigastrium für das gleichzeitige Bestehen eines Carcinoms am Magen. Nach den vom Ref. schon früher auseinandergesetzten Ansichten über die Bedeutung des HCl-nachweises bei dem Magencarcinom musste freie Mineralsäure im Magensafte des Pat. erwartet werden und fand sich auch thatsächlich in einem Gehalte von 0,1404 pCt. Die intra vitam gestellte Diagnose wurde durch die Autopsie vollkommen bestätigt.

Der Fall erscheint auch noch dadurch bemerkenswerth, dass augenscheinlich in directem Anschluss an die diagnostischen Manipulationen (Expression des Magensaftes, Spülung und Lufteinblasen in den Magen) eine Perforation des Geschwüres zu Stande gekommen war, die wiederum eine tödtlich verlaufende Peritonitis zur Folge hatte. Jedoch liess die papierdünne Beschaffenheit des Geschwürsgrundes bei der Section vermuthen, dass bei dem Mangel jeglicher Verklebungen des Magens mit den Nachbarorganen voraussichtlich eine Perforation ganz spontan in kürzester Frist hätte erfolgen müssen.

Wegen der schlimmen Erfahrungen in dem erwähnten Krankheitsfall möchte Ref. die diagnostischen Untersuchungen am Magen bei wohlgegründetem Verdacht auf Ulcus vermieden wissen. Für am ungefährlichsten hält er noch die Spülung des Magens mit indifferent temperirten Flüssigkeiten, welche sowohl in diagnostischer wie therapeutischer Hinsicht häufig direct geboten sind.

3. Herr Beckmann demonstrirt folgende Präparate:

I. Grosses interstitielles Myom des Uterus, operirt mittelst supravaginaler Amputation und Stielversorgung nach Fritsch. Das Präparat wiegt 3000 Grm., der Leibesumfang der Pat. betrug vor der Operation 88 Cm., das Cavum uteri ist 18,5 Cm. lang.

II. Uterus bicornis, multiple bis apfelgrosse, theils subseröse, theils interstitielle und tuberculöse Myome, Hydrosalpinx beider Tuben. Das Präparat ist von Herrn Bidder durch supravaginale Amputation (nach Fritsch) gewonnen worden.

4. Herr Petersen berichtet über seine zwecks Besichtigung der Leprosorien von Riga und Dorpat unternommene Reise. Die Anstalt bei Riga sei besonders als musterhaft zu bezeichnen und übertreffe noch die besten norwegischen Leprosorien. In beiden Anstalten habe man bereits wesentliche Besserung einiger Lepröser durch Bäder und Salicylbehandlung erreicht; gegenüber der grossen Zahl Lepröser in Livland seien die bisher gegründeten 2 Anstalten übrigens noch lange nicht ausreichend, weshalb noch zwei weitere Anstalten (in Nennal und Kaukerst) in Aussicht genommen sind. Herr Hellat weist darauf hin, dass manche Lepröse sich in der Anstalt allein schon deshalb bessern, weil sie dort unter ungleich besseren Verhältnissen leben, als zu Hause.

Secretär: E. Blessig.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Nach Rabener (Intern. klin. Rundschau 1892 Nr. 2) lässt sich die Influenza in all ihren proteusartigen Gestalten und Phasen der nervösen, katarrhalischen und gastrischen Form mit günstigem Erfolge mittelst Creolin bekämpfen, wofür er eine nach Hunderten zählende Krankenzahl anführen kann. Nach R. ist Creolin nicht nur ein specifisches Heilmittel, sondern auch wirksames Schutzmittel zur Verhütung der Influenza. Ordin: in Pillen zu 0,01 mit Balsam. Tolutan. und Succ. Liquir, q. s. mehrmals täglich 3—5 Pillen (Tagesdosis 12—25 Pillen).

— Ignatz Moskowitz hat in schweren Fällen von Diphtherie mit der Quecksilberinunctionscur sehr gute Resultate erzielt. In einigen Fällen wurden 70—80 Gramm Quecksilbersalbe verbraucht, ohne dass Vergiftungserscheinungen zu beobachten waren. Klein lässt bei Diphtheritiskranken die Gegend oberhalb und unterhalb des Unterkiefers vom Ohr angefangen 2 mal täglich mit grauer Salbe einschmieren. Innerlich wird Kalkwasser gereicht.

(Pester medic.-chirurg. Presse 1892. Nr. 4).

— In Nikoladoni's Klinik zu Insbruck ist, nach Finothi's Mittheilung (Wien. Klin. Wochschr. Nr. 1) ein Fall von Tetanus traumaticus mit Tizzoni's Antitoxin (aus dem Blutserum von Hunden und Kaninchen) erfolgreich behandelt worden. Pat. ein 11jähriger Knabe, dem wegen Verletzung der Arm amputirt worden war, bekam 6 Tage lang Injectionen von 0,2 Hunde-Antitoxin, dann 2 Tage 0,3 Kaninchen-Antitoxin und später wieder ersteres; vom 11. Tage der Behandlung an trat Besserung ein, am 25. Tage konnte Pat. das Bett verlassen. In einem zweiten Tetanus-Falle (Schwarz. Centralbl. f. Bakteriologie 1891. 22. Dec.) wurden 0,15—0,25 Hunde-Antitoxin injicirt; nach 5 Injectionen trat Heilung ein.

Vermischtes.

— Die neugebildete Hygienische Gesellschaft in Moskau (cfr. Nr. 13, S. 127 dies. Wochenschrift) hat am 28. März ihre erste Sitzung abgehalten, in welcher Prof. Dr. Erisman zum Präsidenten, der Chef der russischen Medicinalverwaltung in Moskau Dr. W. M. Ostroglasow zum Vicepräsidenten, Dr. E. A. Ossipow zum Secretär und Dr. E. A. Pokrowski zum Cassirer der neuen Gesellschaft gewählt wurden.

— Die Zahl der Candidaten für den in nächster Zeit zu besetzenden erledigten Lehrstuhl der speciellen Pathologie und Therapie an der militär-medicinischen Academie ist eine auffallend grosse: als solche werden unter Anderen der frühere Professor der Warschauer Universität Dr. W. P. Dobroklonski, der Professor der Universität Tomsk Dr. M. G. Kurlow, der Privatdocent der Kasanschen Universität Dr. A. M. Dochman und die Privatdocenten der militär-medicinischen Academie Bogomolow, Drosdow, Janowski, Ssirotinin, Smirnow, N. J. Ssokolow und Tschistowitsch genannt.

— Zum Präses der Examinations-Commission in Kiew ist der frühere Charkower Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie, Dr. J. P. Lasarewitsch, welcher gegenwärtig in St. Petersburg prakticirt, ernannt worden.

— Die Gesellschaft der Aerzte des Gouvernements Jenisseisk hat den Dr. W. M. Kratowski, welcher sich grosse Verdienste um diese Gesellschaft erworben hat, zu ihrem Ehrenmitgliede gewählt.

— Ordensverleihung: der St. Wladimir-Orden III. Classe — dem Bezirksarzt des Warschauer Gensdarmen-Bezirks, Staatsrath Dr. Herm. Harten.

— Ernannt: der Oberarzt des Kasanschen Militärhospitals, Staatsrath Dr. Tabouré — zum Gehülfen des Militär-Medici-

nalinspectors des Kiewschen Mil.-Bezirks; der ältere Arzt des Peterhofschen örtl. Lazareths, Staatsrath Dr. Wjerjuschki — zum Consultanten des St. Petersb. Nikolai-Militärhospitals.

— Enthoben: der Consultant des St. Peters. Nikolai-Mil.-Hospitals, Mitglied des gelehrten Comités für's Bergwesen und Consultant der Heilanstalt I. K. Hoheit der Herzogin von Edinburg, Staatsrath Dr. L. Bertenson — vom Dienst im Militärressort, mit Belassung in seinen übrigen Stellungen.

— Verstorben: 1) Am 5. April in St. Petersburg Dr. J. W. Eban. Der Verstorbene war früher viele Jahre Kreisarzt in Krementschug; in den letzten Jahren lebte er, von einem schweren Leiden heimgesucht, in St. Petersburg. 2) Am 30. März in Tiflis der frühere Oberarzt des Tiflis'schen Militär-Hospitals, Geheimrath Dr. J. J. Krasnogljadow, im 81. Lebensjahre. Seit der Absolvirung des med. Cursus an der medico-chirurgischen Academie in St. Petersburg im J. 1833, also fast 60 Jahre hindurch, hat der Hingeschiedene seine ärztliche Thätigkeit dem Kaukasus gewidmet. Die kaukasische medicinische Gesellschaft zählte ihn zu ihren Ehrenmitgliedern. 3) Am 18. März in Saraisk der dortige Kreisarzt D. W. Wosnessenski. Der Verstorbene hat seine Frau mit 4 kleinen Kindern ganz mittellos hinterlassen. 4) In Odessa der Medicinalinspector dieser Stadt, wirkl. Staatsrath Dr. Ludwig Marowski, im 62. Lebensjahre. M. war früher Professor in Charkow. 5) In München am 6. April der Nestor der dortigen medicinischen Facultät, Prof. der innern Medicin Dr. Franz Seitz, im 81. Lebensjahre. Der Verstorbene gehörte seit 1848 dem Lehrkörper der Universität München an und war zuletzt Director des Reisingerianum.

— Der bekannte Chirurg, Prof. Carl Thiersch in Leipzig, hat am 20. April n. St. seinen 70. Geburtstag gefeiert.

— Der Professor der Augenheilkunde Dr. v. Hippel in Königsberg hat, wie verlautet, einen Ruf an die Universität in Halle als Nachfolger Prof. A. Graefe's, welcher im Herbst dieses Jahres seine Lehrthätigkeit aufgiebt, angenommen.

— Im Ssaratowschen Gouvernement ist wiederum ein Landschaftsarzt (in kurzer Zeit bereits der dritte) — Dr. L. Stürmer am Flecktyphus erkrankt.

— Am 7. April sind wieder 11 Studenten des letzten Cursus der militär-medicinischen Academie in die von der Hungersnoth und epidemischen Krankheiten heimgesuchten Gouvernements zur Hülfeleistung abgereist, und zwar zwei von ihnen nach Nishni-Nowgorod, drei nach Ssaratow und die übrigen nach Tula.

— Am 20. April fand in Leipzig die Eröffnung des XI. Congresses für innere Medicin im grossen Saale des Krystallpalastes unter dem Vorsitz des Prof. Curschmann statt. Die Zahl der Theilnehmer ist auch diesmal eine recht grosse; fast alle Universitäten sind durch ihre Kliniker vertreten. In der Eröffnungsrede wies Prof. Curschmann auf die Bedeutung des Congresses hin, der sich stets als ein Bindeglied zwischen der klinischen Forschung und den Bedürfnissen der ärztlichen Praxis bewährt habe. Die Zahl der angemeldeten Vorträge beläuft sich auf 58. Aus Dorpat nehmen die Prof. Dehio nnd Unverricht sowie der Docent Stadelmann am Congress Theil. Mit dem Congresse ist eine Ausstellung von neueren ärztlichen Apparaten, Instrumenten, Präparaten u. s. w. verbunden.

— Der Unfug, welcher in der Tagespresse seit einiger Zeit mit der Veröffentlichung von Berichten aus medicinischen Vereinen getrieben wird und der oft durch übertriebene oder halbverdaute Mittheilungen zu grosser Beunruhigung des Publicums führt, hat das Geschäftscomité des Congresses für innere Medicin in Leipzig zu einer sehr dankenswerthen Maassnahme veranlasst. Es soll daselbst den Berichterstattern politischer Zeitungen der Zutritt verwehrt, denjenigen Blättern aber, die auf eine fachgemässe Darstellung der allgemeinwissenswerthen Vorgänge auf jenem Congress Werth legen, ein gleichlautendes, officielles Referat, mit dessen Ausarbeitung Dr. Dolega in Leipzig betraut ist, übergeben werden. Aehnliches ist auch vom deutschen Chirurgencongresse und mehreren Berliner medicinischen Vereinen geplant worden.

(A. m. C.-Ztg.).

— Dr. P. Canon und Dr. W. Pielicke (Berl. klin. Wochenschrift Nr. 16) haben auf Anregung des Directors Dr. P. Guttmann im berliner städtischen Krankenhause Moabit das Blut von 14 Masernkranken in gefärbten Präparaten untersucht und in allen diesen Fällen einen und denselben Bacillus gefunden, welchen sie als Erreger der Krankheit ansehen. Die Präparate wurden in derselben Weise angefertigt wie die Blutpräparate bei der Influenza und mit Eosin-Methylenblau-Lösung gefärbt. Die Grösse dieser Bacillen ist eine sehr verschiedene; manchmal erreichen sie die Grösse des Radius eines rothen Blutkörperchens, oft sind sie aber viel kleiner und erscheinen dann als Diplococcen oder Diplobacillen. Sie lagen manchmal einzeln, in den meisten Fällen jedoch in Haufen von 8 bis 20 Einzelindividuen. Was die Zeit anbetrifft, so fand man die Bacillen während des ganzen Verlaufes der Masern, in besonders grosser Menge aber zur Zeit der Krisis, in einem Falle noch 3 Tage nach der Entfieberung. Sie konnten sowohl im Blut (einer Fingerstichwunde entnommen), als auch im Auswurf, Nasen- und Conjunctivalsecret Masernkranker nachgewiesen werden. Züchtungsversuche auf Glycerinagar, Blutserum oder Milch gelangen nicht. Diese von den Verf. im Blute von Masernkranken gefundenen Bacillen unterscheiden sich wesentlich von den bisher bei Masern beschriebenen Mikroorganismen. Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 5. April d. J. 5670 (490 weniger als in der Vorwoche), darunter 336 Typhus — (83 weniger), 560 Syphilis — (31 weniger), 44 Scharlach — (14 weniger), 14 Diphtherie — (9 weniger), 50 Masern — (1 mehr) und 20 Pockenkranke — (5 mehr).

Am 12. April d. J. betrug die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs 5746 (76 mehr als in der Vorwoche), darunter 349 Typhus — (13 mehr), 492 Syphilis — (68 weniger), 50 Scharlach — (6 mehr), 15 Diphtherie — (1 mehr), 53 Masern — (3 mehr) und 22 Pockenkranke (2 mehr).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 29. März bis 4. April 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
334	246	580	117	60	76	10	5	12	54	56	49	37	57	39	8	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 6, Febris recurrens 3, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 4, Masern 19, Scharlach 3, Diphtherie 2, Croup 3, Keuchhusten 9, Croupöse Lungenentzündung 34, Erysipelas 6, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 124, Tuberculose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 36, Marasmus senilis 29, Krankheiten des Verdauungscanals 51, Todtgeborene 27.

Für die Woche vom 5. April bis 11. April 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
402	278	680	155	69	111	12	6	23	61	61	45	38	59	26	13	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 7, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 28, Scharlach 8, Diphtherie 9, Croup 0, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 32, Erysipelas 7, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 100, Tuberculose anderer Organe 5, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 55, Marasmus senilis 32, Krankheiten des Verdauungscanals 81, Todtgeborene 32.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 28. April.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 4. Mai.

Bad Hall in Oberösterreich im Besitze der stärksten Jodsoole des Continents und in Folge seiner glänzenden Heilerfolge bei Scrophulose und allen Erkrankungen, bei welchen Jod einen wichtigen Heilfactor bildet, schon seit Jahren von Erwachsenen und Kindern stark frequentirt, erfreut sich in den letzten Jahren einer stets steigenden Frequenz, so dass seitens des oberösterreichischen Landesausschusses als Verwalters des Haller Kurfondes bereits Vorkehrungen getroffen werden, um bei der zu gewärtigenden weiteren Steigerung der Frequenz allen Ansprüchen der Kurgäste entsprechen zu können. Zu Beginn der Saison 1892 wird auch das neuerbaute, modernen Anforderungen entsprechende Armenbadehospital in Bad Hall seiner Bestimmung übergeben. Nachdem die Eisenbahnstrecke Steyr—Pergern—Bad Hall bereits im December v. J. dem Verkehre übergeben wurde, ist nunmehr Bad Hall nicht nur über Linz (via Kremsthalbahn), sondern auch über Steyr direct per Bahn zu erreichen.

Bad Langenschwalbach: Wirksam gegen Blutarmuth, ihre Folgen und Complicationen, Nervenleiden, Frauenkrankheiten. Schwächezustände der Muskeln, Lähmungen, Katarrhe der Schleimhäute, namentlich der Geschlechts- und Harnorgane.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 17 St. Petersburg, 25. April (7. Mai) **1892**

Zur Casuistik der Bauchchirurgie.

Von

Dr. med. W. Greiffenhagen.

(Mittheilungen aus dem Diaconissenhause zu Reval).

In Folgendem erlaube ich mir drei Fälle von Verletzungen der Bauchhöhle zu veröffentlichen, die zur operativen Behandlung gelangten. Sie bieten — mit Ausnahme des ersten — lediglich ein casuistisches Interesse und ihre Beobachtung erhebt keineswegs Anspruch auf wissenschaftliche Vollständigkeit: eine solche zu erreichen wird dem praktischen Arzte nur selten gelingen, denn eine exacte klinische Beobachtung und Behandlung Kranker bedarf mancher Hilfsmittel, die nicht Jedem zu Gebote stehen. Dennoch halte ich es nicht für überflüssig, dass auch der Praktiker sich nach Kräften bemüht durch Mittheilung seiner Erfahrungen die Casuistik zu vergrössern, um dadurch mittelbar sein bescheidenes Theil zum weiteren Ausbau der ärztlichen Wissenschaft beizutragen.

I. Eingeklemmter und gangränöser Nabelschnurbruch. Laparotomie. Tod nach 24 Stunden.

Anamnese: Am 15. Februar 1889 wurde Frau P. von einem Knaben entbunden. Entbindung normal. Knabe gesund bis auf einen auffallend grossen Nabel. Nabelschnur dicht am Bauch unterbunden. Nabelschnurrest mumificirte nicht sondern faulte. Eine Woche lang gedieh der Knabe normal. Am 23. Februar Abends konnte die Mutter, nachdem sie den Nabelverband behufs Wechsel entfernt, denselben nicht gleich erneuern; das Kind blieb unter lautem Schreien c. 10 Minuten ohne Verband. Die Mutter bemerkte, dass sich während dieser Zeit ein kleines rothes Stückchen aus dem Nabel hervordrängte, das sich allmählich vergrösserte. Der herbeigerufene Art fand prolabirten Darm. Repositionsversuche misslangen. Jodoformverband. Transport in die Stadt in der Nacht auf den 23. Februar. Aufnahme in's Diaconissenhaus.

Status praes.: 9 tägiger, schwächlicher Knabe. Fettpolster schwach entwickelt, Haut schlaff. Haut und Sklerae intensiv ikterisch. Leib nicht aufgetrieben, nicht druckempfindlich. An Stelle des Nabels ein c. kinderfaustgrosser Tumor, dessen Oberfläche sammetartig, hochroth, feucht und vielfach in Falten gelegt ist. Die grösste Circumferenz nach links gelegen, nach rechts ein wurstförmiger Fortsatz. Beiderseits trichterförmige Einstülpungen die je in einen Kanal führen, so dass die Sonde bis in's Darmlumen dringt. Aus der linken Oeffnung entleert sich gelber, dünnflüssiger Koth. Der prolabirte Darm, bis auf eine c. $^1/_2$ Ctm. grosse Lücke, durch welche man mit der Sonde direct in die Bauchhöhle gelangt, ringsum mit dem Nabelring verwachsen. — Puls 140. Temp. 37,2. Collabirtes Aussehn.

Diagnose: Hernia funiculi umbilicalis incarcerata et perforata.

23. Februar Nachmittags Operation: Erwärmung des Operationszimmers, Watteeinwickelung. Chloroformnarkose.

Stumpfe Lösung misslingt. Schnitt vom Nabel zur Symphyse. Durchtrennung des Nabelringes. Danach findet sich Folgendes: Eine Dünndarmschlinge ist mit der dem Mesenterialansatz gegenüberliegenden Kuppe ringsum mit dem Nabelring verwachsen, während der dem Nabelring entsprechende Theil der Darmwand gangränös zerfallen ist, mithin eine Perforation von der Grösse c. eines 20 Kopekenstückes darstellt. Die der Perforation gegenüberliegende Darmwand ist durch die Perforation d. h. durch den Nabelring hindurch nach aussen gestülpt in Form einer Invagination in querer Richtung (Mucosa nach aussen). Die Adhäsionen zwischen Perforationsrändern und Nabel lassen sich stumpf lösen und nun gelingt es ohne Mühe ein ganzes Convolut Dünndarmschlingen aus der Invaginationstasche hervorzuziehen. Es findet sich in derselben (also ausserhalb der Bauchhöhle) fast das gesammte Jejunum und Ileum, dessen einzelne Schlingen sich als federstieldick, mithin völlig leer erweisen.

Um die Situation besser zu vergegenwärtigen möchte ich die in der Nabelgegend prolabirte Geschwulst mit einer Hernie vergleichen, die keine Bruchhüllen besass und deren Bruchsack durch ein Stück Darmwand dergestalt gebildet wurde, dass die Mucosa nach aussen lag, dann folgte Muscularis und endlich Serosa. Den Bruchinhalt bildete fast der ganze durch den Nabelring als Bruchpforte gezwängte Dünndarm.

Serosa überall glänzend; keine Verklebungen, kein Exsudat, kein Darminhalt in der Bauchhöhle. Perforationsöffnung c. 40 Ctm. oberhalb der Ileo-Coecalklappe. Letztere und der Proc. vermif. rechts unten annähernd normal gelegen. Anfrischung der Perforationsränder, Darmnaht in 2 Etagen (Lembert'sche Serosanähte) in der Längsrichtung. Anfrischung der Bruchpforte; Versenkung des Darmes in die Bauchhöhle; Reinigung derselben; Naht der Bauchwunde; Jodoformgaze — Photoxyllin-Verband. — Während der c. $2^1/_2$stündigen Narkose setzt der Puls öfter aus, das Kind collabirt stark. — Nach der Operation schläft das Kind ruhig. Nachts mehrmals die Flasche genommen. Etwas Singultus. Kein Erbrechen.

24. Februar. Morgens früh ein normaler Stuhl. Starker Collaps. Leib nicht aufgetrieben; nicht druckempfindlich. Puls sehr klein c. 150—160. Temperatur 36,2. Einflössen von Milch mit Wein. Zweimaliges Erbrechen. Unter zunehmendem Collaps um 6 Uhr Nachmittags Exitus letalis.

Ausserordentlich bedauernswerth ist es, dass die Obduction nicht gemacht werden konnte, weil die Leiche ohne mein Wissen von den Angehörigen entfernt worden war. Immerhin erscheint mir der Fall mittheilenswerth, da überhaupt die Nabelschnurbrüche nicht allzu häufig sind (nach Thudichum c. 1 auf 2000 Kinder) und im Ganzen selten Incarcerationen erleiden, weil sie in der Regel klein sind. In vorliegendem Falle hat offenbar die Hebamme (eine von der Sorte jener «klugen Frauen», die auf dem Lande noch immer ein gewisses Vertrauen geniessen, obgleich sie in keiner Weise geschult sind und nicht die mindeste Befugniss zur Ausübung ihres Gewerbes haben), trotzdem ihr die abnorme Grösse des Nabels auffiel, mit der Nabelschnur auch eine Dünndarmschlinge (resp. ein Meckel'sches Divertikel) unterbunden und so eine künstliche Incarceration, Gangrän der Darmwand und Perforation erzeugt. Wäre das Kind rechtzeitig in Behandlung gelangt, als der Kräftezustand noch ein besserer war, so hätte die Laparotomie das kindliche Leben gewiss noch retten können.

II. Penetrirende Schnittverletzung der Bauchhöhle. Resection des Colon transversum. Tod nach 24 Stunden.

Anamnese: Frau L. G. 48 J. brachte sich am 15. Mai 1891 in einem Anfalle von Verfolgungswahn multiple Schnittverletzungen des Rumpfes und der Extremitäten, sowie eine penetrirende Schnittwunde des Unterleibes vermittelst eines Rasirmessers bei. Nach Angabe der Pat. sei aus dem aufgeschlitzten Unterleib ein Stück Eingeweide vorgefallen; dasselbe hätte sie abgeschnitten und in den Ofen geworfen. Vom 15. bis zum 18. Mai Abends hat sie, ohne Nahrung zu sich zu nehmen, im Bett gelegen und Niemanden in's Zimmer gelassen.

Am 20. Mai Aufnahme in's Diaconissenhaus mit einem Nothverbande, den der hinzugezogene College Dr. Landesen angelegt hatte.

Status praes.: Mittelgrosse, magere Frau. Allgemeinzustand stark reducirt, Hautfarbe blass, gelblich; Haut welk; Panniculus adiposus und Musculatur atrophisch. An den inneren Organen nichts Pathologisches. Am Halse, am Rumpf und über beiden Radialarterien multiple, oberflächliche Schnittwunden, z. Th. verklebt, z. Th. granulirend. Am rechten Oberschenkel eine klaffende, Haut, Fascie und Vastus ext. durchtrennende granulirende Wunde von c. 15 Ctm. Länge und c. 3 Ctm. Tiefe. Abdomen: 3 Ctm. unterhalb des Nabels bis 2 Ctm. oberhalb der Symphyse eine glattrandige, doch schon granulirende Wunde in der Linea alba, aus der ein Convolut Eingeweide prolabirt ist, in welchem sich 3 Darmlumina mit gewulsteter hochrother Mucosa differenziren lassen. Aus der nach rechts gelegenen Oeffnung entleert sich flüssiger Koth. Führt man den Finger in die nach links gelegene Oeffnung, so trifft er auf feste Skybala und lässt sich weiter bis in die dritte nach unten zu gelegene Oeffnung hindurch führen. Ein viertes Lumen nicht zu finden. Alle drei Perforationsöffnungen eingebettet in entzündlich infiltrirtes Gewebe (wahrscheinlich Netz und Mesenterium). Dasselbe ist, so weit es sich mit dem Finger und Auge nachweisen lässt, ringsum mit der Bauchwunde durch Adhäsionen verklebt. Leib nicht aufgetrieben, gegen Druck nur rechts neben und unterhalb der Wunde empfindlich. Temper. 37,7. Puls 114 ziemlich schwach; Singultus; Sensorium frei. Stuhl und Winde zuletzt am 14. Mai.

20. Mai Nachmittags Operation: Energische Säuberung und Desinfection der blut- und kothbedeckten Patientin sowie speciell des Operationsterrains. Chloroformnarkose. Einhüllen der prolabirten Theile in Jodoformgaze; Ausspülung der Darmlumina, Jodoformgazetampons tief in den zuführenden Schenkel. Vorsichtige stumpfe Lösung der Adhäsionen zwischen Bauchwunde und Darmconvolut gelingt ohne Blutung. Erweiterung der Bauchwunde und Vorziehen des ganzen Convolutes, wobei Darmschlingen, Netz und Mesenterium folgen. Schutz der Bauchhöhle durch grosse Schwämme. Anfrischung der ganzen Bauchwunde, weil dieselbe bis zum Peritoneum eitrig belegt ist. Tamponade der Wunde mit Jodoformgaze, so dass die Bauchhöhle völlig abgeschlossen ist. Entwirrung des Knäuels: es finden sich c. 20—25 Ctm. Dickdarm, dessen Mittelstück (c. 5 Ctm.) fehlt, an einem langen Mesenterium und mit einem Stück Netz verbacken. Ob Flexura sigm. oder Colon vorliegt, lässt sich nicht entscheiden. Ein diagnostischer Erweiterungsschnitt wird aus Gründen der Infectionsgefahr vermieden. Resection des gesammten prolabirten Dickdarmtheiles. Digitalcompression der Mesenterialgefässe und Abtrennung mit der Scheere nach Anlegung eines dicken Sicherheitsfadens durch das Mesenterium. Exacte Blutstillung durch isolirte Unterbindung sehr zahlreicher z. Th. beträchtlich blutender Mesenterialgefässe. Ausspülung und Desinfection beider Lumina. Circuläre Darmnaht mit Czerny-Lembert'schen Nähten. Naht am Mesenterialumfang nicht ohne Schwierigkeiten. Deckung der Darmnaht mit Netz. Nochmalige Desinfection der Därme und Wundränder. Toilette der Bauchhöhle, in der sich dunkles flüssiges Blut findet. Reposition des Darmes. Schluss der Bauchwunde durch tiefe das Peritoneum mitfassende und oberflächliche Nähte. Dauer der Operation c. 2¾ Stunden. Chloroformverbrauch c. 40,0. Patientin ist zum Schluss der Operation stark collabirt; Puls 130. Bald nach der Operation Erbrechen, Unruhe, Schmerzen im Unterleibe. Die Nacht hindurch mehrmals Erbrechen. Beängstigungen, kein Schlaf.

21. Mai Temp. 35,6. Puls 140—150. Pat. exquisit anämisch und sehr unruhig; Praecordialangst, Athemnoth. Es wurden 600,0 einer 0,6 pCt. NaCl. Lösung subcutan injicirt. Daneben Wein, Campher, Aether. Hochlagerung und Thedensche Einwicklung der Extremitäten. Starke Leibschmerzen, häufiges Erbrechen und quälende Athemnoth im Laufe des Tages. Nachmittags 0,0075 Moschus subcutan. Abends ½9 Exitus letalis.

Aus dem Sectionsprotokoll ist folgendes hervorzuheben: Das Peritoneum im Bereich der Bauchwunde mit einem Stück Netz verbacken. Das Omentum majus, bis auf das oben erwähnte Stück, fehlt. Der stark dilatirte Magen reicht bis unter den Nabel; hebt man den Magen, sowie einige Dünndarmschlingen empor, so stösst man auf das Colon ascendens und die Flexura coli hepat., die etwas zur Medianlinie hin verlagert sind, während das Colon descendens und namentlich die Flex. coli lienalis stark nach rechts hin verzogen sind. Das zwischen beiden normaler Weise gelegene Colon transversum fehlt bis auf ein kurzes Stück, in dessen Mitte sich die Darmnaht findet, die bis auf eine halblinsengrosse am Mesenterialansatz gelegene Stelle exact geschlossen erscheint. An letzterer Stelle scheint zwischen den Serosaflächen ein Stück Mucosa durch. Nach Herausnahme des Darmes entströmt daselbst bei Wassereingiessung unter starkem Druck das Wasser in feinem Strahl. In den Hypochondrien und dem kleinen Becken c. 2000 dunkles, flüssiges Blut; keine Spur von Koth oder Eiter. Peritoneum parietale etwas geröthet, Serosa der Därme injicirt, beide aber spiegelnd.

Vorliegender Fall bietet in mancher Hinsicht Interesse: zunächst war diagnostisch nicht mit Sicherheit festzustellen, welcher Darmabschnitt vorlag. Dass das Colon transv. und nicht die Flexura sigm. prolabirt war, scheint mir dadurch bedingt zu sein, dass bei der hochgradigen Dilatatio ventriculi das Quercolon abnorm tief gelagert war. Dabei muss das Mesocolon eine Verlängerung erfahren haben, denn es gelang relativ leicht, ohne Keilexcision aus dem Mesocolon, die Darmlumina aneinander zu bringen was bei fast totaler Exstirpation des Colon transv. unter normalen Verhältnissen wohl nicht so leicht ausführbar wäre. Die Prognose war bei exspectativer Behandlung letal zu stellen, da sich vom eitrig infiltrirten Gewebe aus aller Wahrscheinlichkeit nach eine Propagation der Eiterung bis in die Bauchhöhle mit consecutiver eitriger Peritonitis entwickelt hätte, wenn nicht schon eine beginnende Peritonitis vorlag; daher konnte die Therapie auch nur bezwecken, den Eiterherd zu eliminiren d. h. das Convolut zu exstirpiren. Da es gelang, den Darm innerhalb gesunder Grenzen zu reseciren, wurde von der anfangs geplanten Anlegung eines Anus praeternaturalis in der Linea alba Abstand genommen und die circuläre Darmnaht ausgeführt. Letztere ist nicht exact gelungen, denn es fand sich eine Lücke zwischen den Serosaflächen, die jedoch nicht verhängnissvoll geworden ist, da sich kein Darminhalt in der Bauchhöhle vorfand. Ich halte es sogar für wahrscheinlich, dass diese feine Lücke auch dann ohne schlimme Folgen geblieben wäre, wenn Pat. die Operation längere Zeit überlebt hätte, denn bei der bekannten Tendenz des Netzes schon nach kurzer Zeit mit Nachbargebilden Adhäsionen einzugehn[1]) ist es anzunehmen dass

[1]) Aus meiner Assistentenzeit auf der chirurg. Klinik weiland Prof. v. Wahl's ist mir ein Fall erinnerlich, in welchem gelegentlich einer Ileus-Laparotomie die stark geblähte Flexura sig. mit einem mittelstarken Troicart, ohne nachherige Naht, punctirt worden war. Bei der 24 St. p. o. ausgeführten Obduction erwies sich die Punctionsöffnung durch ein adhärentes Netzklümpchen fest verschlossen. Die Erklärung dafür, dass es in unserem Falle nicht dazu gekommen ist, suche ich darin, dass Pat. schon zu sehr collabirt, mithin die Energie ihrer Gewebsfunctionen gleich Null war.

auch in diesem Falle ein Verschluss der Lücke durch Netzverklebung stattgefunden hätte, zumal da die Darmnaht ad hoc circulär mit Netz umsäumt war und beide Lumina gründlich desinficirt wurden.

Die Frage der Todesursache endlich ist nicht ohne Weiteres zu entscheiden. Die Obduction ergab freilich Injection und Hyperämie des Peritoneum, so dass sich (auch in Berücksichtigung des klinischen Verlaufes) die Annahme einer Peritonitis sept. incip. nicht von der Hand weisen lässt, doch legt der Umstand, dass Pat. vom 15.—18. Mai vollständig gehungert hat und nach reichlichen Blutverlusten einer mehr als 2 stündigen Bauchoperation unterworfen werden musste, die Vermuthung nahe, dass der Exitus im Collaps erfolgt ist. Jedenfalls hätte auch hier das Leben durch eine rechtzeitig eingeleitete Therapie gerettet werden können.

III. Subacute eitrige Peritonitis traumatica. — Laparotomie. Heilung.

Anamnese: S. S. 9 J. giebt an, von einer Kameradin am 7. Februar mit Fusstritten gegen den Bauch misshandelt worden zu sein. Danach hätten sich heftige Leibschmerzen, Erbrechen und Verstopfung eingestellt. Aufnahme in's Diaconissenhaus am 11. Februar. Status präesens: Zeichen allgemeiner Peritonitis: Meteorismus, enorme Schmerzhaftigkeit des Abdomen, Erbrechen, Obstipation. Temp. 38,5—38,7. Puls 120—140, sehr klein. In diesem Zustande lag die Kleine vom 11.—17. Februar. Dann gesellte sich dazu eine ulceröse Gingivitis mit Gangrän fast des ganzen Zahnfleischsaumes und gangränösem Zerfall der linken Hälfte der Oberlippe, sowie eines kleinen Theiles der Unterlippenschleimhaut. Die Rapidität der Weiterverbreitung liess Noma vermuthen, doch stellte sich in der Narkose die Multiplicität und eigenartige Beschaffenheit des eitrigen Zerfalles heraus. Energische chirurgische Behandlung (scharfer Löffel, Paquelin, Jodtinctur) erzielte allmählige Besserung und Vernarbung. Unter langsamer Besserung der Allgemeinsymptome (Nachlass der Schmerzen, Appetitvermehrung, Stärkerwerden des Pulses) aber unter Abends steigendem Fieber und vermehrter Dyspnoe bildet sich im Abdomen Exsudat. Am 23. Februar Aspiration mit Potain: c. 750,0 grün-gelblicher Eiter. Danach Erleichterung; doch schon am 29. Februar abermals Punction nothwendig (c. 1000,0 Eiter, diesmal viel dünnflüssiger). Trotzdem nur vorübergehende Euphorie. Das Fieber stieg, die Kräfte nahmen ab, das Exsudat wuchs. Auf der Bauchhaut hat sich ein selten prägnantes Caput medusae ausgebildet. Hoher Zwerchfellstand (rechts unterer Rand der 3. Rippe in der Parasternallinie). Percussion über dem Abdomen gedämpft tympanitisch oben, gedämpft unten. Hochgradige Dyspnoe, Puls 130—145, klein.

Am 10. April nach den üblichen Vorbereitungen Laparotomie: Schnitt vom Nabel zur Symphyse in der Linea alba. Auffallend blutreiche Hautdecken. Die tieferen Schichten nicht zu differenziren. Peritoneum stark verdickt. Sofort nach Oeffnung desselben strömt in dickem Strahl gelb-grünlicher Eiter heraus, gemischt mit reichlichen Fibringerinnseln bis Hühnereigrösse. Nach völliger Entleerung der Bauchhöhle von Eiter (Bauchlage) findet sich folgendes: Fast der gesammte Bauchraum (regiones hypoch., umbil., iliacae, pubic.) völlig leer, wie bei Obduction nach Herausnahme der Därme; nur auf dem Promontorium die Flexura sigm. ins kleine Becken hinabsteigend sichtbar, vor demselben der Uterus und dessen Anhänge. Die ganze hintere Bauchwand und das Peritoneum parietale der vorderen und seitlichen Bauchwand von einer pyogenen Membran bedeckt. Regio epigastrica vorgewölbt, bei Percussion tympanitisch bis ca. 3 Ctm. oberhalb des Nabels. Von Dünndarm nichts zu sehn. Erst die eingeführte Hand tastet denselben als ein gemeinsames, ebenfalls von einer Membran in toto umgebenes Convolut ab, welches oberhalb des Nabels Magen und Leber gegen die Zwerchfellkuppe drängt und seitlich mit je einem Zipfel bis in die Regiones hypoch. reicht, daselbst der Bauchwand adhärent. Mit dem Reflector gelingt es die den Dünndarm einhüllende, stellenweise transparente, im Uebrigen derbe, röthliche mit Eiterpunkten besetzte Abscessmembran zu Gesicht zu bekommen. Omentum majus nicht sichtbar, ebenso das ganze Colon. — Mehrfacher Lagewechsel, gründliche Irrigation mit 3 pCt. warmer Borlösung. Exacte Naht der Bauchwunde. Fixation eines starken Drains im unteren Wundwinkel. Jodoformgaze Trockenverband. Dauer der Operation ½ Stunde. Narkose verlief ungestört. Nach dem Erwachen grosse Erleichterung. Kein Erbrechen Abends 38,3.

16. April Nacht unruhig gewesen, aber keine Schmerzen. Verband trocken. 3 Mal täglich ¼ Stunde Bauchlage mit abwechselnd erhöhtem Kopf- und Fussende. Häufiger Harndrang, Tenesmen und Strangurie. Urin mit dem Catheter entnommen, enthält etwas Eiweiss.

12. März Verbandwechsel. Verbandstoff durchtränkt. Drain wird gekürzt. Seitdem kein Harndrang, Urin spontan entleert. Puls 100—110 Temp. normal; Bedeutende Besserung des Allgemeinbefindens. Appetit stellt sich ein.

20. April Entfernung der Nähte; prima intentio. Wegen etwas erhöhter Abendtemperatur (37,8) wird mit 3 pCt. Borlösung irrigirt; darauf Abends 38,3.

27. April Drainrohr durch ein feineres ersetzt und am 2. Mai ganz entfernt, weil keine Secretion mehr stattfindet.

Von nun an schreitet die Reconvalescenz ungestört vorwärts. Pat., die in den ersten Wochen bis zum Skelett abgemagert war, nimmt dank einem wahren Heisshunger sichtlich zu und ist in ca. 4 Wochen fast ganz genesen. In den letzten Wochen ist die Vorwölbung des Epigastrium geschwunden und der Dünndarm um ca. 3—4 Ctm. nach abwärts gerückt (percutorischer Nachweis). Narbe solid. Patient. trägt einen breiten circulären Heftpflasterstreifen nach dem Vorschlage von Dombrowsky. Stuhl seit ca. 5 Wochen geregelt. Am 3. Mai wird in Narkose der Defect der Oberlippe (nach Mirault-Langenbeck) plastisch gedeckt; prima intentio. —

Pat. war am 4. Juni geheilt entlassen.

Augenblicklich (ca. ein Jahr nach der Operation) ist das Kind völlig gesund und sieht blühend aus. Lippendefect kaum sichtbar. Laparotomienarbe solid, keine Hernie; tympanitischer Darmton reicht bis eine Handbreit unter den Nabel. Blase und Darm functioniren normal.

Die operative Behandlung der acuten und chronischen Peritonitis gehört nicht zu den Seltenheiten, dennoch ist mir ein analoger Fall aus der mir zugänglichen Literatur nicht bekannt. Die Beobachtung des klinischen Verlaufes drängt mir die Ueberzeugung auf, dass es sich anfangs um eine acute traumatische Peritonitis speciell des Peritoneum parietale gehandelt hat, an die sich eine diffuse, sero-fibrinöse Bauchfellentzündung schloss, welche nur an einer circumscripten Stelle — zwischen Peritoneum parietale und Omentum majus — purulent wurde, hier also einen abgesackten, allerdings enorm grossen Herd bildete, der eine vollständige Abscessmembran besass Worin die Quelle der Eiterung zu suchen ist, vermag ich nicht zu entscheiden, da weder eine Verletzung der Haut, noch eine Läsion der Bauchorgane sich nachweisen liess und das Fehlen jeglichen Darminhaltes sowie die Beschaffenheit des Pus bonum gegen eine Verletzung der Därme spricht. Es gehört daher dieser Fall (auch Tuberculose ist ausgeschlossen) in die Kategorie der sogenannten «idiopathischen» Eiterungen, über deren Aetiologie die Acten meines Wissens noch nicht geschlossen sind. — Nachdem zweimal der Versuch mit der Punction gemacht worden war, ohne dauernden Erfolg, blieb als einziges Mittel die Laparotomie übrig, um den unter Druck stehenden Eiter zu entfernen. Zu diesem Zweck hätte gewiss eine kleine Incision genügt, doch habe ich absichtlich breit eröffnet, um etwaige Adhäsionen und pseudomembranöse peritonitische Stränge zu trennen. Es erwies sich jedoch der Dünndarm von einer so festen, organisirten Membran bedeckt, dass an eine operative Trennung desselben und Entwirrung des Knäuls ohne ernstliche Gefahr für das Leben des Kindes nicht zu denken war. Ueberdies schien sich der Darmtractus an seine neue Lage gewöhnt zu haben, denn er functionirte seit Wochen normal. Nach Entleerung des Eiters galt es für den sich neu bildenden Abfluss zu verschaffen. Es entstand die Frage, ob die Bauchhöhle geschlossen und eine Contraapertur angelegt, oder ob das Drainrohr in der Bauchwunde fixirt werden sollte. (Tamponade und Secundärnaht mussten aus nahe liegenden Gründen verworfen werden).

Die vaginale Drainage schien mir in Anbetracht der kindlichen Raumverhältnisse und der schwierigen Nachbehandlung ebensowenig rathsam, wie die Drainage durch das Petit'sche Dreieck, da letztere dem Eiter aus dem kleinen Becken nicht genügend Abfluss verschafft hätte. Daher fixirte ich das Drain im unteren Wundwinkel um durch steten Lagewechsel den Eiter zum Austritt durch das Drain, als den tiefsten Punkt, zu zwingen. Anfangs hatte ich offenbar ein zu langes Rohr eingeführt, denn

die Blasentenesmen (die wohl auf directer Reizung beruhten) sistirten sofort nach Kürzung des Drains.

Laparotomie und Drainage haben ihren Zweck erreicht: Die Eiterung aus der verhältnissmässig colossalen Höhle versiegte relativ sehr schnell und die Bauchorgane konnten sich dementsprechend wieder normal lagern. Die kleine Patientin ist bis zur Stunde vollkommen gesund. Leider ist damit noch nicht gesagt, dass auch in Zukunft keine Störungen auftreten werden. Wenn man bedenkt, dass der gesammte Dünndarm von einer Abscessmembran umschlossen war, die nicht gelöst werden konnte, so lässt sich a priori annehmen, dass sich auch zwischen den einzelnen Schlingen manche Pseudomembranen oder peritonitische Stränge gebildet haben werden, die zwar bis heute keine Canalisationsstörungen hervorgerufen haben, aber es jederzeit noch thun können. Es unterliegt demnach leider keinem Zweifel, dass unter mancherlei anderen Folgeerkrankungen einer überstandenen Peritonitis, die sich eventuell noch ausbilden können, das Damoklesschwert eines Strangulationsileus bis an das Lebensende über der Patientin schweben wird.

Reval, den 13. März 1892.

Referate.

P. Canon und W. Pielicke: Ueber einen Bacillus im Blute von Masernkranken. (Berliner klin. Wochsch. Nr. 16).

Verf. haben das Blut von 14 Masernkranken in gefärbten Präparaten untersucht und in allen Fällen einen und denselben Bacillus gefunden. Die Anfertigung der Präparate geschah nach der zur Auffindung der Influenzabacillen angewandten Methode (siehe Referat in «St. Petersburger medic. Wochsch.» Nr. 2. 1892). Die Grösse der gefundenen Bacillen ist eine sehr verschiedene: manchmal erreichen sie die Grösse des Radius eines rothen Blutkörperchens, andere sind sehr klein und erscheinen dann als Doppelkokken. Häufig sind die Einzelstücke deutlich länger, als breit, und man bekommt auf diese Weise den Eindruck eines Doppelbacillus. Die Bacillen zeigen keine gleichmässige Färbung, vielmehr sind die Endstücke stärker gefärbt. In den meisten Fällen liegen sie in kleinen Haufen beisammen; in einzelnen Präparaten sind sie spärlich vorhanden, in anderen erscheint das Gesichtsfeld wie übersät mit Bacillen. Nach der Entfieberung konnten die Verf. die Bacillen nicht mehr nachweisen. Der Form nach gleiche Mikroorganismen fanden sich im Auswurf, Nasen- und Conjunctivalsecret Masernkranker. Die Glycerinagar-, Blutserum- und Milchculturen fielen negativ aus, wohl aber gelang es ihnen die Bacillen auf Bouillon zu cultiviren. Verf. halten die in den 14 Fällen von Masern im lebenden Blute gefundenen Bacillen für eine einheitliche Art und sehen sie als die Erreger der Krankheit an.

Abelmann.

Ziegler: Zur Prophylaxis der Nephritis scarlatinosa. (Berl. klin. Wochschr. Nr. 2, 1892).

Es ist eine allgemein anerkannte Thatsache, dass bei der Behandlung der Nierenentzündung, namentlich der acuten Form, die absolute Milchdiät eine wesentliche Rolle spielt, deren systematische Durchführung bei Kindern geradezu erforderlich ist. Verff.'s Erfahrungen stimmen mit denen anderer Pädiater völlig überein, dass man bei der scarlatinösen Nephritis in einfachen, nicht complicirten Fällen mit der Milchdiät sehr günstige Resultate erzielt, ohne dass man von Medicamenten Gebrauch macht. Mit dieser Diät ging nun Verf. von der Therapie zur Prophylaxis über, in der Hoffnung, dass man beim Scharlach durch die Anwendung derselben von vorneherein das Auftreten der Nephritis vielleicht verhindern könne. Die von ihm dabei angestellten Beobachtungen zeigten überaus günstige Resultate. Seit 6 Jahren wird von ihm jeder Scharlachkranke auf absolute Milchcur gesetzt, und zwar gleich vom ersten Tage der Behandlung ab. Ist der Appetit noch sehr schlecht, so werden Wassersuppen, Milch mit Selters — oder Sodawasser gemischt gereicht; sobald aber Neigung zur Nahrungsaufnahme hervortritt, wird reine Milch verabfolgt, und zwar in steigenden Quantitäten bis zu 3 Litern täglich. Daneben erhalten die Kranken nur noch weisses Gebäck. Diese Diät wurde 3 Wochen lang eingehalten, von da ab geht man allmählich zu anderer Nahrung über. Seitdem Verf. in seiner Privatpraxis diese Cur streng durchgeführt hat, ist ihm kein Fall von scarlatinöser Nierenentzündung vorgekommen. Im Lazareth des grossen Militärwaisenhauses in Potsdam waren in der Zeit von 1875—1890 8 Anstaltsepidemien von Scharlach; es gelangten zur Aufnahme 198 Fälle; davon fallen in die Zeit vor Einführung der Milchdiät 115 Fälle, in die Zeit nach Einführung derselben 83 Fälle. Ein Vergleich beider Categorien mit einander beweist den hervorragend günstigen Einfluss der Milchdiät, so dass Verf. die Ueberzeugung gewonnen hat, dass bei Scharlach durch eine consequent durchgeführte Milchcur dem Auftreten von Nephritis mit Sicherheit vorgebeugt werden kann.

Abelmann.

Prof. R. v. Jaksch. Ueber die prognostische Bedeutung der bei croupöser Pneumonie auftretenden Leukocytose. (Centralbl. f. kl. Medic. Nr. 5).

Verf. hat die Beobachtung gemacht, dass jene Fälle von croupöser Pneumonie, welche ohne Leukocytose verlaufen, eine sehr ungünstige Prognose für das Leben der Patienten geben. Diese Beobachtung wurde durch Sudler an detaillirten Zahlangaben erhärtet. Mit diesen Thatsachen wird der Therapie der croupösen Pneumonie neue Wege eröffnet. Es wird sich nämlich empfehlen bei fehlender Leukocytose die Zahl der im Blute kreisenden Leukocyten zu vermehren. Nach Horbaczewski wären solche Mittel: Pilocarpin, Antipyrin, Antifebrin und Nuclein. Verf. gelang es mittelst des Pilocarpins eine bei einem Pneumoniker bestehende Leukocytose zu steigern. Bei einem 60 Jahre alten Manne mit rechtsseitiger croupöser Pneumonie war das Verhältniss der weissen zu den rothen Blutkörperchen 1 : 283,7. Nach Injection von 0,005 Pilocarp. muriatic. war das betreffende Verhältniss 1 : 165,4. Diese Thatsachen scheinen v. Jaksch von grosser therapeutischer Wichtigkeit zu sein.

Abelmann.

E. Mendel. Zur pathologischen Anatomie des Morbus Basedowii. (Deutsche medic. Wochschr. Nr. 5).

Die Section eines ausgesprochenen Falles von Basedow'scher Krankheit, mit allen Cardinalsymptomen derselben behaftet, ergab in Bezug auf die Medulla, die Hirnrinde, die Hirnganglien, das Kleinhirn, den Sympathicus, wie den Vagus ein absolut negatives Resultat. Zweierlei Veränderungen fielen jedoch auf: 1. eine Ungleichheit beider Corpora restiformia, welche durch die ganze Schnittserie des verlängerten Markes ging, ventralwärts aber am meisten ausgesprochen schien. Das linke Corpus restiforme erschien atrophisch. Die Färbung mit Carmin und Nigrosin liess das betreffende Corpus dunkler als normal erscheinen. Die mikroskopische Untersuchung ergab nur den Ausfall der Fasern. 2. Eine deutliche Atrophie des rechten solitären Bündels. Der Umfang desselben erschien sowohl bei den Carmin- und Nigrosinpräparaten, wie bei der Weigert'schen Färbung erheblich geringer. als links; der Ausfall von Fasern war deutlich erkennbar. Weder in dem Vagus-Accessorius, noch in dem Glossopharyngeuskern liess sich eine krankhafte Veränderung nachweisen.

Dieser Befund im Corpus restiforme erlangt dadurch besondere Bedeutung, dass er sich an die physiologischen Experimente von Filehne, Durdufi und Bienfait anreiht. Die ersten beiden Autoren haben bei nicht ganz ausgewachsenen Kaninchen durch Einschneiden in die Corpora restiformia die Cardinalsymptome des Morbus Basedowii hervorrufen können; es wurden Pulsbeschleunigung, Exophthalmus und Thyroideaschwellung constatirt. Bienfait hat bei Hunden die Corpora restiformia entfernt und erzielte durch diese Operation: Tachycardie, Hyperaemie des Kopfes, Ohres und der Schilddrüse, in 37 pCt. der Fälle auch Exophthalmus. — Dieser von Mendel beschriebene Befund ist zwar nicht geeignet die Frage nach der anatomischen Grundlage der Basedow'schen Krankheit zu lösen; er spricht aber gegen die jetzt vorzugsweise herrschenden Theorien über diese Erkrankung; ferner erregt der Befund Bedenken in Bezug auf schwere chirurgische Eingriffe, welche selbstverständlich der Berechtigung entbehren, wenn jene Befunde öfter festgestellt sein werden.

Abelmann.

Eduard Spiegler: Eine empfindliche Reaction auf Eiweiss im Harne. (Wiener klin. Wochschr. Nr. 2).

Von den zahlreich bekannten Eiweissreactionen ist nur die Ferrocyankali-Essigsäure-Reaction geeignet, noch sehr geringe Spuren Eiweiss nachzuweisen; doch hat auch diese Reaction eine Grenze, an der es sehr schwer fällt zu entscheiden, ob eine auf Eiweiss hinweisende Trübung vorliegt oder nicht. Verf. giebt nun ein Reagens an, vermittelst dessen man die geringsten Spuren von Eiweiss entdecken kann. Es hat folgende Zusammensetzung: Hydrargyri bichl. corros. 8,0, Acidi tartarici 4,0 Aquae destill. 200,0 Sacch. alb. 20,0. Den vorher filtrirten, mit wenig concentrirter Essigsäure versetzten Harn lässt man durch eine Pipette in eine mit dem Reagens zum Drittheile oder zur Hälfte gefüllte Eprouvette an der Wand Tropfen für Tropfen ganz langsam zufliessen, so dass sich die beiden Flüssigkeiten nicht mischen, sondern nebeneinander schichten. Ist Eiweiss vorhanden, so bildet sich an der Berührungsstelle der beiden Schichten sofort ein scharfer weisslicher Ring. Der-

selbe tritt auch dann sofort deutlich auf, wenn so wenig Eiweiss vorhanden ist, dass die Ferrocyankaliprobe kaum mehr ein deutliches Resultat giebt. Der Zusatz der Weinsäure und des Zuckers bedingen ein hohes specifisches Gewicht des Reagens, dadurch wird erzielt, dass die Flüssigkeiten sich nicht mischen. Pepton giebt diese Reaction nicht, wohl aber das Propepton. Die Reaction lässt noch den deutlichen Nachweis von Albumen im Verhältniss von 1 zu mehr als 50000 zu, während für die Ferrocyankaliprobe die Empfindlichkeitsgrenze bereits bei 1 : 50,000 eingetreten ist. Abelmann.

Protokolle der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1174. Sitzung am 5. Februar 1892.

Anwesend 40 ord. Mitgl. und 12 Gäste.

Dr. Adolf Bergmann demonstrirt einen aussergewöhnlich grossen ovoiden Blasenstein, welchen er kürzlich einem 33jährigen Manne durch Sectio alta entfernte. Die Anamnese rechtfertigt die Annahme, dass Pat. den Stein von seinem 5. Lebensjahre an trug, jedoch hat derselbe bis auf die letzten Wochen vor der Operation fast gar keine Beschwerden verursacht. Der Stein wiegt 365 Gramm und misst 8—7—4½ Centimeter.

2. Dr. Treymann referirt unter Vorlegung einer schematischen Zeichnung über einen Fall von Uterus bicornis bicollis, bei welchem er wegen Hydrocephalus des ausgetragenen Kindes die Perforation auszuführen sich gezwungen sah. Bei bimanueller Untersuchung gleich nach der Geburt war die Unterscheidung von einem Uterus duplex (didelphys) nicht möglich. Vagina septa. Gravidität rechtsseitig. Das linke Uterushorn 7 Ctm. lang.

3. Dr. R. v. Engelhardt verliest seinen angekündigten Vortrag: Ueber eine seltene Complication bei Leukaemie. (Der Vortrag erscheint demnächst in extenso in dieser Wochenschrift).

Discussion. Dr. Schabert hält die Diagnose in dem eben referirten Fall für nicht einwandsfrei. Die nur ein Mal vorgenommene Blutuntersuchung ergab ein Verhältniss der weissen zu den rothen Blutkörperchen wie 1 : 10—15, ein Verhältniss, das bei Leukocytose statt hat. Erst ein Befund von Leukocyten im Verhältniss von 1 : 2 oder 1 : 3 beweist Leukaemie. «Bräunlich und klebrig», wie in E.'s Fall, ist sonst leukaemisches Blut nicht, sondern dünnflüssig und hell; Virchow spricht geradezu von «weissem Blut». Da auch sonst noch die gewöhnlichen Symptome der Leukaemie an Lymphdrüsen, Knochen, Milz etc. nicht beobachtet worden, erachtet Redn. die Diagnose für nicht einwandsfrei. Er hält ferner für unerwiesen, dass Haemoglobinaemie vorgelegen habe: der Nachweis von Körnchen im Blute erlaube auch andre Deutung. E.'s Fall erinnere ihn an einen Pat. im allgem. Krankenhause, der mit nachweislich grosser Leber und Milz an einer Trachealstenose zu Grunde ging. Wiederholte Blutuntersuchung hatte ein Verhältniss der weissen zu den rothen Blutkörperchen wie 1 : 20 festgestellt. Es wurde Leukaemie und Trachealstenose durch Druck leukaemischer Tumoren angenommen. Die Section lehrte, dass es sich um syphilitische Erkrankung der Trachea und Leber handelte. Die Leukocytose bei chron. Syphilis habe bisher in der Litteratur nur geringe Berücksichtigung gefunden; Redn. vermochte persönlich sie in 2 Fällen nachzuweisen. Die Möglichkeit, auch in E.'s Fall an eine syphilitische Erkrankung zu denken, liege vor. Jedenfalls halte er Leukaemie wie Haemoglobinaemie für nicht sicher genug erwiesen, um diesen Fall als Stütze einer neuen Theorie zu verwerthen.

Dr. Engelhardt hält im Gegensatz zu Dr. Schabert seine Diagnose Leukaemie aufrecht: wenn auch die Kürze der Beobachtungsdauer wiederholte Untersuchungen nicht ermöglichten, so sei doch die relative Zahl der weissen Blutzellen — es fanden sich deren sowohl ein- wie mehrkernige — eine solche, wie man sie bei Leukocytose doch nicht mehr findet. Nimmt man dazu den Befund an Leber, Milz und Drüsen, ferner den Umstand, dass vor 2 Jahren bereits Prof. Botkin von einer Blutveränderung gesprochen, so genüge das zur Fundirung der Diagnose Leukaemie. Dass das Blut braun und klebrig gewesen, erklärt sich einfach aus dem Ueberwiegen der Haemoglobinaemie; letztere aber halte er aus dem Befunde an Körnchen erwiesen, die bei durchfallendem Licht gelb, bei auffallendem Licht grün erschienen.

Dr. Hampeln schliesst sich insofern Dr. Schabert an, als auch seiner Ansicht nach die Leukaemie nicht direct nachgewiesen ist, da ein Verhältniss von 1 : 15 auch bei symptomatischer Leukocytose vorkommt. Dennoch glaubt er Dr. Engelhardt in der Beurtheilung des Falles zustimmen zu müssen, aber aus andern als den von ihm angeführten Gründen. Haemoglobinurie komme ja allerdings bei Syphilis und in Abhängigkeit von ihr vor, es sei aber nicht bekannt, dass die Syphilis als solche in Verbindung mit Haemoglobinurie zur Todesursache werden könne, noch dazu unter Erscheinungen einer acuten Erkrankung. Das Ungewöhnliche des acuten tödtlichen Verlaufs, als Leukaemia acutissima wohl bekannt, bei Syphilis und Haemoglobinurie aber nicht beobachtet, spricht darum in Zusammenhang mit der Haemoglobinurie und der doch erheblichen Leukocytose für die Auffassung Dr. Engelhardts.

4. Interna. z. Z. Secretär: Heerwagen.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 17. März 1892.

1. Herr Hoerschelmann berichtet über folgenden Fall von Melaena neonatorum mit Demonstration des betreffenden Präparats: Das Kind wurde Freitag den 13. März geboren. Eltern sonst gesund, die Mutter nur im höchsten Grade anämisch, die 3 lebenden Kinder kräftig und gesund. Die Schwangerschaft ist ohne jegliche störende Zwischenfälle verlaufen, die Geburt trat zur rechten Zeit, eher etwas später als erwartet, ein. Die ersten Wehen stellten sich um 3 Uhr Nachts auf den 13. Nov. ein, von 8 Uhr Morgens kräftige Wehen, um 1 Uhr Mittags war das Kind geboren. Kind normal, macht einen gesunden Eindruck, wurde durch einige Schläge zum Schreien gebracht. Das Gesicht vielleicht etwas bläulich verfärbt, jedoch nur vorübergehend. Gewicht etwas über 8 Pfund. Bis Sonnabend den 14. Abds. erhielt es nichts zu trinken, von hier ab Amme, jedoch wurde die Brust nicht gut genommen. Schon Freitag Abgang von Meconium. Am Sonntag zum ersten Mal mit Sicherheit blutige Ausleerung constatirt. Von Sonntag Abend ab stündlich 1 Tropfen genommen von Liqu. for. sesquichl. 1 : Glycerin 2; von Montag Morgen an 2 Tropfen, von 9 Uhr Morgens 3 Tropfen stündl.; Milch abgekühlt vom Löffel gegeben, Wärmflaschen nach Möglichkeit. Am Montag Morgen, wo Ref. das Kind zum ersten Mal sah, machte es bis auf bedeutende Blässe einen normalen Eindruck. Die Wangen waren leicht geröthet, das Kind schlief ruhig, athmete gleichmässig, die Temperatur schien normal, der Puls war 132, gut und kräftig. Nabel normal, in den Lungen nichts nachzuweisen, Leib etwas eingesunken. Es wurden, wie angeführt, 3 Tropfen der obigen Lösung verordnet; Wärmeflaschen fortzusetzen, auf den Leib einen kleinen Eisbeutel; die Milch sollte stärker abgekühlt verabfolgt werden, ab und an die Brust.

Um 5 Uhr beim 2. Besuch war das Kind wachsgelb, matter, etwas apathisch — viel Schlaf, schreit wenig, nimmt ungern die Nahrung, während es bis dahin immer gesaugt hatte. Während von Sonntag Abend bis Montag früh 2 Stühle mit nur flüssigem Blut waren, ging von 9 Uhr Morgens bis 5 Nachmittags 3 Mal viel blutiger Brei ab. Temp. um 5 Uhr im Rectum 35,8 — Puls 120, noch recht kräftig, jedenfalls deutlich zu zählen, Respiration gleichmässig. Der Körper fühlt sich ganz warm an. Um 10 Uhr letzter blutiger Stuhl. Von 1 Uhr Nachts auf den 17. bis 3 Uhr ist das Kind sehr unruhig, schreit viel, nimmt so gut wie keine Nahrung, um 4½ Uhr nimmt es gut und viel Milch vom Löffel, um 4¾ Tod.

Bei der um 6 Uhr Nachmittags vorgenommenen Eröffnung der Bauchhöhle erscheint der ganze Dickdarm ziemlich stark aufgetrieben, dunkel blauroth, der Dünndarm dazwischen wachsgelb. Der Magen ist auch etwas aufgetrieben, gefüllt mit bräunlichem Inhalt von leicht geronnener Milch und ziemlich viel Schleim. Der Dünndarm enthält bis zum untersten Abschnitt des Ileum dünnflüssigen, gelben Inhalt, keine Spur von Blut; von da ab bis zum Anus ist der Darm gefüllt mit blutigen Massen, die bis in das Colon ascendens theerartig braun, von da abwärts dunkel roth sind. Nach Reinigung des Magens und Darmes vom Inhalt zeigt die Magenschleimhaut in der Nähe des Pylorus viele kleine Blutpunkte, die Oberfläche der Schleimhaut scheinbar unverändert, spiegelnd; sonst die Schleimhaut nicht injicirt. C. 1 Ctm. hinter dem Pylorus an der vorderen unteren Wand des Duodenum ein kleiner länglicher Defect der Schleimhaut, senkrecht zur Längsachse des Darmes stehend, bedeckt mit einem kleinen Blutcoagulum.

Nachdem dieses letztere beim Abspülen des Darmes sich abgelöst hatte, zeigt sich in der Mitte des Geschwüres, namentlich unter der Loupe, vermuthlich das Lumen eines Gefässes. Weiter nach unten zu die Schleimhaut des Duodenum stellenweise ziemlich bedeutend injicirt, die ganze Schleimhaut aufgelockert. Sonst im Darm nichts Abnormes zu finden. (Demonstration des Präparat's). Blutbrechen ist kein Mal gewesen, nur einmal hat sich beim Speien der Milch etwas bräunlicher Schleim gezeigt. Der Urin ist selten, aber reichlich gelassen worden.

Herr Westphalen bemerkt hierzu, dass in allen drei Fällen von Melaena neonatorum, welche er bisher zu sehen Gelegenheit gehabt, Ulcerationen im Magendarmkanal und zwar im oberen Theile desselben (Magen und Duodenum) gefunden wurden. Im ersten Falle (Dr. Ströhmberg in Dorpat) fanden sich mehrere kleine Geschwüre im Magen, ähnlich dem Ulcus rotundum, mit je einem thrombosirten Gefässchen im Grunde; im zweiten von W. secirten Falle war

die Schleimhaut des Magens von zahlreichen (gegen 20) kleinen Geschwürchen besetzt, deren jedes im Grunde eine kleine thrombosirte Arterie zeigte. Der dritte Fall wäre der soeben von H. mitgetheilte.

2. Herr Anders demonstrirt 2 Fälle operirter Varusfüsse, mit Exstirpation des Talus, Enucleation und Resection anderer Fusswurzelknochen. Die sehr zufriedenstellenden Resultate genannter Operationen vorführend, tritt A. nicht in eine Polemik gegen die jetzt vielfach geübte Phelbs'sche Operation, welche das Fussskelet zu schonen sich zur Aufgabe stellt. Im Gegentheil spricht er letzterer für eine Reihe von Fällen das Wort. Für eine andere Gruppe sei das Phelbs'sche Verfahren nicht ausreichend, besonders in Hinsicht auf die grosse Neigung zu Recidiven, auch wären die Acten in Bezug auf Wiederholung des zunächst durch die Operation vollkommen gehobenen Zustandes nach genanntem Vorgehen noch nicht geschlossen. Besonders muss es von Interesse sein, die Endresultate der Talusexstirpationen kennen zu lernen, da man ja mit Recht von jeher grosse Zweifel betreffs der durch die Operation geschaffenen Wachsthumsverhältnisse gehegt hat. A. ist eben in der Lage einen vor 7 Jahren von ihm mit Talusexstirpation und Resection mehrerer anderer Fusswurzelknochen beiderseits Operirten zu zeigen, an welchem sich die Wachsthumsresultate prüfen lassen. Weniger Zweifel an dem Wachsthum des Fusses darf für die Talusexstirpation als für die Keilexcision geltend gemacht werden. Leider ist es aber in den seltensten Fällen möglich, sich mit der blossen Enucleation des Sprungbeines zufrieden zu geben, und wird die Entfernung oder Resection des Malleolus ext., des Os. cuboid. und der Cuneiformia meist unerlässlich. Auf diese Schwierigkeiten machte nun Paul Vogt in ausdrücklicher Weise aufmerksam, betonend, dass bei so weitgehenden Exstirpationen und Enucleationen mindestens dieselbe Verkürzung des Fussskeletes bedingt werde, wie bei der Tarsotomia anterior. Vogt machte weiter auf die anfängliche Verkürzung des Fusses, d. h. auf das Zurückbleiben im Wachsthum aufmerksam, welches auch nach blosser Tenotomie des Tibialis posticus und der Achillessehne mit nachfolgendem Redressement einzutreten pflegen. Er constatirt indessen, dass im späteren Verlaufe das Zurückbleiben im Wachsthum geringer werde, diesen günstigen Umstand nach Operationen am Knochengerüst des Fusses für unmöglich haltend. Durch fortlaufende Beobachtung des einen der zu demonstrirenden Patienten ist A. in der Lage, die Vogt'sche Behauptung zu widerlegen. Hier liess sich deutlich constatiren, dass das anfängliche Zurückbleiben im Wachsthum sich später in einer augenfälligen Weise ausglich. Die anfänglich relativ kleinen Füsse sind jetzt von normaler Grösse. Das 2. zu demonstrirende 5jährige Kind ist von A. vor 2 Monaten auch auf ossalem Wege an beiden Füssen operirt worden. Talusexstirpation und atypisches Zuschneiden anderer Theile des Skeletes wurden von A. in diesem Falle zur Anwendung gebracht, da Weichtheiloperationen in einem anderen Hospitale ohne Erfolg vorgenommen waren. Auch hier ist die Correctur der Klumpfussstellung eine vollkommene. In beiden Fällen, besonders bei dem grösseren Knaben, den A. vor 7 Jahren operirt hat, und zwar in seinem 9. Jahre (jetzt ist er 16), also während der Zeit stärksten Wachsthums, beschränkte sich A. nicht auf die Talusexstirpation, sondern resecirte Theile der Calcaneusoberfläche, und modellirte mit einem Worte alle in Frage kommenden Knochentheile so um, dass alles gut aufeinander passte. Besonders stemmt sich der Mall. ext. beim Redressement mit Vorliebe gegen den Calcaneus, weshalb A., möglichst wenig von der Fibula abtragend, eine muldenförmige Vertiefung in den Calcaneus meisselte, welche dafür bestimmt ist, den Mall. ext. aufzunehmen, — ein Verfahren, das sich A. in mehreren Fällen als sehr praktisch erwies. — Rind, der die Exstirpatio tali zuerst befürwortete, musste den Mall. ext. vollständig reseciren, um die Varusstellung ausgiebig corrigiren zu können, was für die Wachsthumsverhältnisse nicht indifferent ist. Rupprecht hat immer ½—1 Ctm. von der Spitze des Mall. ext. entfernt, in einem Falle sogar den Mall. intern. resecirt, wozu A. niemals gezwungen war. Der erste zu demonstrirende Patient ist Tischler geworden, eine Beschäftigung, bei der er anhaltend stehen muss. Er ermüdet selbst auf den weitesten Gängen niemals. Während das Fussgelenk natürlich verödet ist, geschehen die Bewegungen des Fusses in einer Verbindung des Calcaneus mit den restirenden Fusswurzelknochen. Jedenfalls ist ein festes Sohlengehen bei unverkürztem Fussskelet garantirt. Der Zustand der betreffenden Extremitäten vor der Operation wird an zu jener Zeit von den Pat. abgenommenen Gypsmodellen demonstrirt.

3. Herr Dombrowsky berichtet über zwei Fälle von Myomotomie und legt die betr. Präparate vor:

Fall I. 43jährige Frau; Blutungen seit dem Mai vorigen Jahres; Anämie. Operation nach Fritsch am 13. März, bot keine besonderen Schwierigkeiten; der Verlauf war gut, nur stellte sich Meteorismus ein, der durch Rectumsonde und Klysma behoben wurde; vom 4 Tage an Ricinus; D. meint den so oft nach Myotomien, aber fast nie nach Ovariotomien auftretenden Meteorismus als Folge der bei der Operation unvermeidlichen Manipulationen am Darm auffassen zu müssen und hält die Beseitigung desselben für dringend nöthig, auch um event. Obturationsileus vorzubeugen.

Fall II. 32jährige Frau, fettleibig, mässige Blutungen; Tumor vor 5 Jahren zuerst bemerkt, in letzter Zeit schnell gewachsen, nimmt die ganze Bauchhöhle ein, fluctuirt. Operation (nach Fritsch) war recht schwierig wegen der Grösse der Geschwulst; beim Durchschneiden des Stieles löste sich der Schlauch, doch wurde die Blutung sofort durch die assistirenden Herren Wanach und Dobbert bewältigt; auffallend war, dass das Netz den Tumor bedeckte, während es in der Regel nach oben verdrängt gefunden wird. Der Tumor nebst Adnexen wiegt 12 Pfund und enthält eine Unmasse cystischer Räume (Fibromyoma uteri cysticum).

Hieran schliesst Vortr. folgende Bemerkungen: Die Prognose der Myomotomien ist seit Einführung der Stielversorgung nach Fritsch besser geworden; dennoch ist die Mortalität viel grösser als nach der Ovariotomie; zum Theil erklärt sich das aus dem schlechteren Allgemeinbefinden der durch die Blutungen herabgekommenen Patientinnen, zum Theil aber ist die längere und tiefere Narkose dafür verantwortlich zu machen. D. ist daher bestrebt gewesen, die anzuwendende Chloroformmenge nach Möglichkeit einzuschränken; dies ist ihm durch die Anwendung der gemischten Chloroform-Cocain-Narkose möglich geworden; die Pat. bekommt erst eine geringe Menge Chloroform, darauf 2 Spritzen einer 5 pCt. Cocainlösung subcutan in die Linea alba; von diesem Moment ab wird Chloroform nur bei stärkerer Reaction der Operirten weiter gegeben. Die so narkotisirten Patientinnen haben D. selbst gesagt, dass sie bei der Operation wohl manches gemerkt, aber fast gar keine Schmerzen gefühlt hätten, also ist die Narkose eine genügende gewesen. Die Vorzüge dieser gemischten Narkose bestehen darin, dass der Puls gut bleibt, kein Collaps und kein Erbrechen eintritt; letzteres hat D. unter 9 so operirten Fällen (3 Myomotomien, 3 Ovariotomien, 3 Haematocele-Operationen) nur ein einziges Mal gesehen.

In prognostischer Beziehung weist Vortr. auf ein wichtiges, in den Büchern aber meist nicht erwähntes Symptom hin: die Urinmenge Weder Pulsschwäche, noch Schmerzhaftigkeit des Leibes, noch Erbrechen zeigen eine beginnende Peritonitis so sicher an, wie die Herabsetzung der Urinsecretion; ist in den ersten 2 Tagen post operationem die Urinmenge eine genügende, so kann die Prognose günstig gestellt werden. D. erklärt sich die Verminderung der Harnausscheidung durch eine mit der beginnenden Peritonitis gleichzeitig eintretende Congestion der Nieren; die Section ergiebt bei Peritonitis regelmässig auch Nephritis.

Andererseits begünstigt die Störung der Nierenfunction die Entwickelung der Peritonitis, weil dann resorbirtes septisches Material nicht so leicht eliminirt werden kann; daher der Rath erfahrener Autoren, bei bestehender Nephritis lieber nicht zu operiren! —

Herr Lunin glaubt eine Nephritis nur dann annehmen zu dürfen, wenn Eiweiss im Harn gefunden wird, auch bedinge eine Nephritis, oder gar eine einfache Congestion der Niere nicht immer Verminderung der Urinmenge.

Herr Wiedemann bestätigt, dass die Abnahme der Urinmenge als Anzeige einer beginnenden Peritonitis bei den Operateuren seit lange schon bekannt und gefürchtet sei, obwohl dieses Symptom in den gangbaren Büchern nicht erwähnt werde.

Die Herren Hagen-Torn und Petersen haben Verminderung der Harnabscheidung mehrfach auch bei anderweitigen Peritonitiden (Perityphlitis etc.) beobachtet und wollen dieselbe auf eine durch den Peritonealreiz reflectorisch hervorgerufene Anaemie der Nieren zurückführen.

Secretär: E. Blessig.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Eich (Bürgerhospital, Köln a. Rhein) theilt 4 Vergiftungen mit Extract. filic. mar. aeth. mit, darunter einen Fall, der tödtlich endete. 54jähriger Mann, der in früheren Zeiten wiederholt 10—15 Gr. ohne Schaden, aber auch ohne Erfolg genommen, bekommt 27 Gr. (15 Gr. eine Stunde nach dem Frühstücke, den Rest 2 Stunden später). Nach 2 Stunden colossaler Tetanus und Trismus (Erscheinungen stimmen ganz mit denen einer heftigen Strychninvergiftung überein) Tod nach kurzer Zeit. Die anderen Fälle ereigneten sich nach einer geringeren Dosis (10 resp. 15 Gr.) und charakterisirten sich durch: Erbrechen, profuse Diarrhoen, Koliken, Zittern Schwindel, Benommenheit. Das Extractum filicis ist also kein harmloses Mittel, die höchste Dosis wäre 10 Gr.

(Deutsche medicin. Wochensch. Nr. 32, 1891).

— Als galaktogenes Mittel empfiehlt Carron de la Carrière die früher vielfach benutzte Galega (Geisskraut); sie soll besser wirken, als die üblichen Mittel (Kataplasmen der Brustdrüse aus Ricinusblättern, Faradisation der Drüse, Genuss

von Bier, interne Verabreichung von phosphorsaurem Kalk). Am geeignetesten ist ein wässriger Auszug der Galega. Einzeldosis 1 Gr., Tagesdosis 2—4 Gr., mindestens 10 Tage hindurch zu nehmen. Bereits mehrere Stunden nach eingenommener Einzeldosis ausgiebige Erhöhung der gesunkenen Milchsecretion.

Rp.	Extr. Galeg. aq. 20,0	Extr. Galeg. aq.
Extr. Galeg. aq. 50,0	Mucilag. gum. arab. 9,5	Calcar. lacto-phosphr.
Aq. destillat 50,0	pill. Nr. C.	Tinct. Foeniculi aa 10,0
Syr. simpl. 900,0	S. 16—20 Pillen tägl.	Syr. simpl. 400,0
4—8 Essl. täglich.		4—8 Essl. täglich.

(Wiener klin. Wochsch. Nr. 35, 1891).

— Bei Erysipel des Gesichts empfiehlt Hochhalt die Application einer 2 pCt. wässrigen Ichthyollösung in Form von Umschlägen, wodurch er im Durchschnitt innerhalb 3–4 Tagen Heilung erzielte.

(Pester med.-chirurg. Presse Nr. 8. 1891).

— Robb und Ghriskey fanden in dem Secret, das sich aus der Bauchhöhle einer Myomotomirten durch das in den unteren Wundwinkel eingelegte Drain entleerte Reinculturen von Bakterium coli commune. Pat. ging unter peritonitischen und enteritischen Erscheinungen zu Grunde.

(Bulletin of the John Hopkin's Hospital, Sept. 1891, p. 133).

— Withrow beobachtete folgenden seltenen Fall von Uterusruptur bei einer 37jährigen gesunden VII para. Der Riss war 12 Zoll lang, verlief von der Mitte der vorderen Uteruswand in der Höhe des Tubenansatzes beginnend über den Fundus, längs der hinteren Wand abwärts bis in den Douglas; dabei waren nur peritonealer Ueberzug und Muscularis zerrissen, die Mucosa intact (Sectionsergebniss). Becken normal, Schädellage. Tod im Collaps vor Ankunft von W. Die Hebamme hatte nach Angabe der Angehörigen der Verstorbenen einen Theelöffel voll einer dunklen Flüssigkeit (Ergotin?) eingegeben.

(The Cincinnati Lancet-Clinic, 5 Dec. 1891).

— G. Mingazzini hat auf Grashey's Veranlassung im psychiatrischen Institut zu München Gelegenheit gehabt, einige Präparate zu untersuchen, die von Thieren herstammten, an denen noch Gudden je einen Hypoglossus exstirpirt und dadurch eine vollständige Atrophie des zugehörigen Kernes hervorgerufen hatte.

Im Gegensatz zu anderen Forschern über den Ursprung des Hypoglossus erklärt Verf., dass eine totale oder auch nur eine partielle Kreuzung der Hypoglossusfasern nicht existirt. Jeder Hypoglossus bezieht seine Fasern lediglich aus den Ganglienzellen des gleichseitigen Kernes; er nimmt daher auch keine Fasern aus der Formatio reticularis oder aus der unteren Olive in sich auf.

(Annali di Frenatria 1890.—Neurolog. Centralblatt, 1891, Nr. 22).

Vermischtes.

— Der medicinischen Facultät der Dorpater Universität steht wieder ein empfindlicher Verlust bevor. Wie ausländische Blätter melden, hat der ordentliche Professor der speciellen Pathologie und Therapie, Dr. Heinr. Unverricht in Dorpat, einen Ruf nach Magdeburg als Chefarzt des dortigen neuen städtischen Krankenhauses angenommen. Durch seine wissenschaftliche Leistungsfähigkeit und seine Tüchtigkeit als Universitätslehrer hat Prof. Unverricht während seiner nahezu vierjährigen Thätigkeit in Dorpat sich allgemeine Achtung und Anerkennung erworben.

— Am 1. April d. J. beging der Professor der Pharmakologie an der Universität Kasan, wirkl. Staatsrath Dr. J. M. Dogel, sein 35jähriges Dienstjubiläum.

— Der Professor der speciellen Pathologie und Therapie an der Moskauer Universität, Dr. A. J. Koshewnikow, hat der genannten Universität seine werthvolle neurologische Sammlung behufs Gründung eines neurologischen Museums zu Lehrzwecken als Geschenk dargebracht. Ausserdem hat er ein Capital im Betrage von 3000 Rbl. gespendet, dessen Zinsen zum Unterhalt dieses Museums verwendet werden sollen.

— Als Illustration zur unsicheren und unerquicklichen Stellung der Landschaftsärzte kann nachstehender Vorfall dienen, welcher sich vor Kurzem im Kreise Slawjanosserbsk (Gouv. Jekaterinoslaw) ereignet hat. Das Landschaftsamt dieses Kreises hat von den 4 Landschaftsärzten ganz unerwartet und ohne Angabe der Gründe drei entlassen, von denen einer 3½ J., der zweite bereits 15 Jahre und der dritte sogar mehr als 20 Jahre tadellos der Landschaft gedient haben. An Stelle der verabschiedeten Aerzte wurden 2 neue berufen, von denen jedoch einer bereits nach 2 Monaten sich beeilte den Dienst aufzugeben. In Folge dessen ist die Stadt Angansk und der umliegende Bezirk mit 30,000 Einwohnern bereits seit einem Monat ohne ärztliche Hülfe.

(Jushni Krai-Wr.).

— Verstorben: 1) Am 28. März in St. Petersburg Geheimrath Dr. Carl Eduard Lenz, berathendes Mitglied des Medicinalraths, nach kurzer Krankheit an einer Lungenentzündung im 72. Lebensjahre. Der Hingeschiedene entstammte einer angesehenen livländischen Literaten-Familie und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1838—1843 studirte und der Studentenverbindung «Fraternitas Rigensis» angehörte. Nach Beendigung seines Studiums machte er im Jahre 1847—48 eine Reise um die Welt und hielt sich einige Zeit in Aljaska auf. Nach seiner Rückkehr nach Russland promovirte er im Jahre 1850 in Dorpat zum Doctor med. und folgte sodann einem Rufe des Grafen Apraxin in's Tambowsche Gouvernement, wo er mehrere Jahre als Landarzt wirkte. Im Jahre 1854 siedelte er nach St. Petersburg über und war hier bis zum Jahre 1857 jüngerer Arzt am Paul-Cadettencorps und dann Ordinator am Obuchowhospital. Mit dem Jahre 1861 ging Dr. Lenz zur administrativen Carrière über. Er wurde medicinischer Beamter zu besonderen Aufträgen beim Ministerium des Innern, im Jahre 1866 erfolgte seine Ernennung zum berathenden Mitgliede des Medicinalraths und von 1868 an fungirte er zugleich als gelehrter Secretär desselben, welches Amt er über 20 Jahre bekleidete, bis ein ernstes Augenleiden (Cataract) ihn zur Niederlegung desselben zwang. In Lenz verliert die medicinische Welt einen ihrer ältesten angesehensten und tüchtigsten Vertreter; er gehörte auch zu den wenigen noch lebenden Mitgliedern des von Pirogow gegründeten medicinischen Vereins hierselbst. Im Laufe seiner langen Dienstzeit sind ihm zahlreiche Auszeichnungen zu Theil geworden: er war im Besitze vieler Orden und stand schon lange im Range eines Geheimraths; zweimal wurde er von der russischen Regierung als Delegirter zu den internationalen Cholera-Conferenzen in Konstantinopel (1865) und Wien (1874) geschickt. Der Hingeschiedene ist auch mehrfach literärisch thätig gewesen; unter Anderem hat er einen Auszug aus dem bekannten «Handbuch der historisch-geographischen Pathologie» von Prof. Hirsch in russischer Sprache veröffentlicht. — 2) Am 12. April hierselbst der ältere Arzt des Findelhauses, wirkl. Staatsrath Paul Dobrotworski, am Herzschlage im 58. Lebensjahre. Als Sohn eines russischen Geistlichen hierselbst im Jahre 1834 geboren, erhielt er seine medicinische Ausbildung an der medico-chirurgischen Akademie und nahm dann die Stelle eines Arztes beim Ministerium der Volksaufklärung an. Im Jahre 1866 wurde er ausseretatmässiger Ordinator an der Säuglingsabtheilung des Findelhauses, seit 1882 fungirte er als älterer Ordinator am Findelhause; ausserdem befasste er sich speciell mit der Behandlung von Ohrenkrankheiten. Der Verstorbene galt allgemein als ein tüchtiger Arzt und guter College. 3) Am 9. April in St. Petersburg der frühere Divisionsarzt Dr. A. I. Benewolenski. Der Verstorbene lebte, nachdem er im Jahre 1876 seinen Abschied genommen, als freipracticirender Arzt in St. Petersburg. 4) Am 1. April im Kreise Meselinsk der dortige Landschaftsarzt Rudolph Ketat am Flecktyphus. 5) Am 3. März in Kiew der Gehülfe des Mil.-Med.-Inspectors des Kiewschen Militärbezirks, wirkl. Staatsrath Dr. St. Rudnew, im 58. Lebensjahre an Pankreaskrebs. Der Hingeschiedene ist ein Bruder des verstorbenen Professors der medico-chirurgischen Akademie M. Rudnew. 6) Am 5. Februar der Landschaftsarzt des Achtyrkaschen Kreises I. R. Troizki. Er hat seine Frau mit 4 unmündigen Kindern ohne jegliche Existenzmittel zurückgelassen. 7) In Jena der Professor der Histologie, Dr. Carl Frommann, im 61. Lebensjahre. Fr. beschäftigte sich hauptsächlich mit histologischen Untersuchungen über den Bau des Centralnervensystems.

— Zum Leiter des neuen Kurhauses am Kujalnizki Liman in Odessa war von der Odessaer Stadtverwaltung der Arzt Brussilowski (Israelit), welcher schon eine lange Reihe von Jahren die städtischen Heilanstalten am Kujalnizki Liman leitete, gewählt worden. Der Stadthauptmann hat der Stadtverwaltung jedoch mitgetheilt, dass er die Wahl des Dr. Br. nicht bestätigen könne. Die Gründe dafür sind nicht genannt.

— Dr. Truhart in Fellin ist, wie der «Fell. Anzeiger» berichtet, vom livländischen Landraths-Collegium die Mittheilung zugegangen, dass der livländische Gouverneur, nach nochmaliger Beprüfung des anfänglich abschlägig beschiedenen Gesuchs um Subventionirung der von Dr. Truhart errichteten Augenklinik, gegenwärtig für möglich befunden hat, zunächst versuchsweise für ein Jahr die Ablassung der von dem Adelsconvent zu diesem Behufe bewilligten 500 Rbl. à Conto der Landescasse zu genehmigen.

— Am 17. April d. J. vollendeten sich 10 Jahre seit der Eröffnung des hiesigen städtischen Barackenhospitals, welches bekanntlich zum Andenken an den ersten Curator desselben, den verstorbenen Prof. S. P. Botkin, dessen Namen trägt. Aus dem Bericht, welchen der Oberarzt Dr. Nilus Ssokolow über die 10jährige Thätigkeit des Hospitals zusammengestellt hat, geht hervor, dass in demselben während der 10 Jahre 38,344 Kranke verpflegt worden sind, von denen die überwiegende Mehrzahl, nämlich 76,2 pCt. an den verschiedenen Infectionskrankheiten, an Typhus allein

aber 50 pCt. litten. Die Mortalität beim Abdominaltyphus war eine auffallend geringe 7 pCt.

— Dr. Grünin; in Riga (Suworowstrasse 29) hat dort ein Institut für animale Vaccination eröffnet; die in diesem Institut bereitete Lymphe ist reine animale Lymphe, von Kalb zu Kalb gezüchtet, keine Retrovaccine. Die Lymphe wird als Extract (fein emulgirte Lymphe) in Röhrchen für Einzelimpfungen und als Emulsion (dickflüssige Lymphe) in Röhrchen für 10 Impfungen dargestellt, hält sich c. 6 Wochen sicher wirkend und wird nach auswärts im recommandirten Brief versandt.

— Stabsarzt Dr. Albert Köhler, langjähriger Assistent an der chirurgischen Klinik des Prof. Dr. v. Bardeleben in Berlin, hat den Professortitel erhalten.

— Am 21. April beging der Senior der Heidelberger med. Facultät, der Professor emer. der med. Chemie Dr. Wilhelm Delffs, seinen 80. Geburtstag. D. hat durch seine Forschungen, sowie durch seine Lehrbücher der Chemie sich einen Namen gemacht.

— Am 17. April constituirte sich die deutsche otologische Gesellschaft zu Frankfurt a. M. und wurde nach Berathung der Statuten am 17. und 18. April eine Anzahl von Vorträgen daselbst gehalten. Als Vorsitzende fungirten die Proff. Moos (Heidelberg) und Lucae (Berlin), als Schriftführer Dr. Szenes (Budapest) und Dr. Vohsen (Frankfurt). An den Verhandlungen betheiligten sich 64 Ohrenärzte, darunter auch Aerzte aus Oesterreich-Ungarn, Holland und der Schweiz. Die nächstjährige Versammlung findet ebenfalls in Frankfurt während der Pfingstfeiertage statt.

(A. m. C.-Ztg.).

— Vom 18.—23. April n. St. tagte im grossen Amphitheater der med. Facultät zu Paris der VI. Congress französischer Chirurgen unter dem Vorsitz des Prof. Demons (Bordeaux). An dem diesjährigen Congresse nahmen mit Ausnahme einzelner Chirurgen aus London, Kopenhagen und Italien, nur wenige fremdländische Chirurgen Theil.

— Der nächstjährige deutsche Congress für innere Medicin wird wieder in Wiesbaden stattfinden.

— In Preussen sind neuerdings bezüglich der Beurtheilung der Geniessbarkeit und Verwerthung des Fleisches von perlsüchtigem Schlachtvieh einige Bestimmungen erlassen worden, welche Beachtung verdienen. Hiernach ist eine gesundheitsschädliche Beschaffenheit des Fleisches von perlsüchtigem Rindvieh in der Regel nur dann anzunehmen, wenn das Fleisch Perlknoten enthält oder das perlsüchtige Thier, ohne dass sich in seinem Fleisch Perlknoten finden lassen, abgemagert ist. Dagegen ist das Fleisch eines perlsüchtigen Thieres für geniessbar (nicht gesundheitsschädlich) zu halten, wenn das Thier gut genährt ist und die Perlknoten ausschliesslich in einem Organ vorgefunden werden, oder falls zwei oder mehrere Organe daran erkrankt sind, diese Organe in derselben Körperhöhle liegen und mit einander direct oder durch solche Blutgefässe verbunden sind, welche nicht dem grossen Kreislauf, sondern dem Lungen- oder dem Pfortader-Kreislauf angehören. Da in Wirklichkeit eine perlsüchtige Erkrankung der Muskeln äusserst selten vorkommt und durch langjährige Fütterungs-Versuche an der Berliner thierärztlichen Hochschule und an mehreren preussischen Universitäten eine Uebertragung der Tuberculose durch den Genuss selbst mit Perlknoten behafteten Fleisches nicht erwiesen ist, so kann das Fleisch von gut genährten perlsüchtigen Thieren in der Regel nicht als minderwerthig erachtet werden.

— Der Universität Jena ist i. J. 1883 ein reiches Vermächtniss der Gräfin Bose, geb. Gräfin von Reichenbach, im Betrage von 800,000 Mark zugefallen, dessen Zinsen, soweit sie nicht durch ausgesetzte Legate in Anspruch genommen sind, nach dem Willen der Erblasserin zur Förderung medicinischer Studien, insbesondere auch zu Reisestipendien verwandt werden sollen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 19. April d. J. 5926 (180 mehr als in der Vorwoche), darunter 329 Typhus — (20 weniger), 534 Syphilis — (42 mehr), 42 Scharlach — (8 weniger), 13 Diphtherie — (2 weniger), 58 Masern — (5 mehr) und 38 Pockenkranke (16 mehr).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 12. April bis 18. April 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
375	273	648	132	74	90	11	10	13	60	55	62	52	57	23	9	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 6, Febris recurrens 5, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 20, Scharlach 14, Diphtherie 3, Croup 2, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 52, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 111, Tuberculose anderer Organe 4, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 40, Marasmus senilis 22, Krankheiten des Verdauungscanals 88, Todtgeborene 25.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 28. April.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 4. Mai.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 18 St. Petersburg, 2. (14.) Mai 1892

Ueber eine seltene Complication bei Leukämie.

Vortrag, gehalten in der Gesellschaft praktischer Aerte zu Riga am 5. Februar 1892.

Von

Dr. R. von Engelhardt.

Noch harrt die Frage nach der Pathogenese der Leukämie ihrer Lösung. Jeder einzelne Fall, der durch die Art seines Verlaufes geeignet scheint, ein Licht auf diese Frage zu werfen, ist werth veröffentlicht zu werden.

Wenn auch in dem von mir beobachteten Krankheitsfalle die Obduction nicht gemacht werden konnte und die Kürze der Behandlungsdauer eine ausgiebige Verwerthung aller Symptome und Eigenthümlichkeiten des Falles unmöglich machte, so rechtfertigt wohl der interessante klinische Befund die Besprechung.

Am 30. November 1891 wurde ich vom Herrn Collegen Dr. Schulz um 5 Uhr Nachmittags zu einem Patienten gebeten.

Herr N. A., Untersuchungsrichter in Riga, ist 34 Jahre alt, unverheirathet. Der Vater ist gestorben, die Todesursache unbekannt. Die Mutter lebt, ist aber kränklich. Die Geschwister des Patienten, sowie er selbst, sind in der Jugend blass und scrophulös gewesen. Schon in früher Jugend hat Pat. an geschwollenen Drüsen gelitten, behauptet aber nie Masern, Scharlach oder Diphtherie gehabt zu haben. Hat nie an den Lungen gelitten, hat weder Typhus noch Gelenkrheumatismus gehabt. Keine Malaria, nie Ikterus, nie Oedeme. Seit einigen Jahren leidet Pat. an trockenem Husten ohne Auswurf. 1885 — also vor 6 Jahren — hat Pat. Lues acquirirt und wurde danach einer Schmier- und Injcetionskur unterzogen. Im Frühjahre 1889 consultirte Pat. Prof. Botkin in Petersburg wegen eines Gefühles von Schmerz und Druck in der Lebergegend. Prof. Botkin constatirte eine Vergrösserung der Leber, die er für luetischen Ursprungs hielt und verordnete Jodkali. Nachdem die Wirkungslosigkeit dieser Therapie von Prof. Botkin constatirt worden war, wurde Pat. in die kaukasischen Bäder Pjätigorsk und Kisslowodsk geschickt. Damals fand Prof. Botkin eine Vergrösserung der Milz und erklärte dem Pat., es handle sich um eine Blutveränderung. Pat. klagte damals über leichtes Ermüden, sah sehr blass aus und hatte häufig Kopfschmerzen. So blieb der Zustand unverändert bis zum April 1891. Da stellte sich plötzlich, ohne vorhergegangenen Diätfehler, Ueberanstrengung oder Erkältung Erbrechen ein, Schmerzen im Epigastrium und der Lebergegend und geringer Ikterus. Der Stuhl war retardirt, aber von normaler Farbe. Fieber, Nachts Schweisse, Kopfschmerz. Der Harn wurde ohne Schmerzen entleert, war klar, aber von dunkler Portweinfarbe, die dem Pat. besonders aufgefallen war. Nach etwa zwei Wochen verging der Anfall ziemlich plötzlich. Der Harn hatte die ganze Zeit über die gleiche Farbe gehabt. Der Ikterus war mässig geblieben. Pat. brauchte während der vierzehn Tage auf Anrathen des behandelnden Arztes eine Milchkur. Leider habe ich von dem behandelnden Arzte nicht mehr in Erfahrung bringen können, als was der Pat. mir bereits mitgetheilt hatte. Was für abnorme Bestandtheile der Harn damals enthalten hat, liess sich nicht constatiren.

Nach dem Anfalle fühlte sich Pat. angegriffen und müder als vorher, doch waren sonst keine andern Symptome hinzugetreten.

Am 29. November 1891 wiederholte sich der Anfall. Bald nach dem Mittagessen trat Erbrechen und starke Uebelkeit auf. Das Erbrochene bestand bloss aus den vorher genossenen Speisen. Blut war nicht vorhanden. Fieber, Kopfschmerz, grosse Mattigkeit. Am 30. Nov. Morgens hatte der Harn dieselbe dunkle Portweinfarbe, wie im April dieses Jahres. Auf einen Theelöffel Karlsbader Salz erfolgte flüssiger Stuhl, dessen Aussehen aber nicht constatirt werden konnte. Im Laufe des Tages noch häufig Würgen ohne Erbrechen, grosse Schwäche, Fieber. Leichter Tremor in den unteren Extremitäten. Am 30. Nov. um 5 Uhr Nachmittags sah ich den Patienten.

Status praesens. Patient geht mühsam umher und theilt mir mit, dass er sich auch im April so schwach gefühlt habe und dass der Anfall sicher wieder in vierzehn Tagen vorüber sein würde.

Pat. ist von mittlerer Grösse; Panniculus welk; sehr anämisch; etwas fahlgraues kachektisches Colorit; keine Oedeme, kein Exanthem, kein Ikterus. T° 38,2 Puls 120 von geringer Spannung, regelmässig.

Cervical- und Inguinaldrüsen geschwellt, hart. Thorax flach, Athmung etwas beschleunigt. Lungengrenzen normal. In beiden Lungenspitzen rauhes Inspirium. Percutorisch nichts nachweisbar; ebenso ergiebt die Auscultation und Percussion über der übrigen Lunge nichts Abnormes. Herzgrenzen normal. Ictus im V J.C.R innerhalb der Mammillarlinie. Herz- und Gefässtöne etwas dumpf.

Abdomen nicht aufgetrieben, bloss die Lebergegend etwas prominent. Daselbst leichte Druckempfindlichkeit, ebenso im Epigastrium.

Leber beträchtlich vergrössert, reicht bis zum Nabel. Der Rand deutlich palpabel, ziemlich scharf, ebenso die Incisura vesic. fell. deutlich palpabel. Die Oberfläche scheint glatt. Consistenz mässig hart. Die Milz ragt etwa 1 Fingerbreit unter dem Rippenbogen hervor, deutlich palpabel, hart. Kein Ascites

Der Harn, den mir Dr. Schulz bereits mitgebracht hatte, war klar, sauer, dunkelportweinfarbig, spec. Gew. 1017. Die Unterschichtung mit Salpetersäure ergab eine mächtige Eiweissschicht und schwachen Uratring. Beim Kochen sammelte sich an der Oberfläche ein dickes braunes Gerinnsel.

Da mikroskopisch im Harn keine Blutkörperchen, keine Cylinder, sondern blos vereinzelte gelbe Körnchen zu finden waren, handelte es sich aller Wahrscheinlichkeit nach um Hämoglobin und Methämoglobin.

Ordination: Bettruhe, reichliche Zufuhr von Getränken, Milch etc. und Cognac als Analepticum.

1. December. Die am Morgen vorgenommene Untersuchung des am Abend frisch gelassenen Harnes ergab dieselben Resultate, wie Tags zuvor. Spektroskopisch fand ich das Spektrum des Methämoglobin, welches bei reichlicher Verdünnung mit Wasser in das Oxyhämoglobinspektrum überging.

Die Chloroformausschüttelung des mit Salzsäure angesäuerten Harns ergab ein negatives Resultat bei Prüfung auf Gallenfarbstoffe, Urobilin und Indican. Nachträglich wurde vom Herrn Apotheker Frederking eine geringe Menge Gallenfarbstoff im Harn nachgewiesen.

Um 12 Uhr Mittags sah ich den Patienten wieder. Der Zustand hatte sich bedeutend verschlimmert. Die Nacht über war Pat. sehr unruhig gewesen; morgens war Erbrechen (kein Blut) gewesen; wieder reichlicher Urin von derselben Beschaffenheit, wie Tags zuvor (die Untersuchung musste unterbleiben, weil der Harn mit dem Erbrochenen verunreinigt war). Morgens ein breiiger Stuhl von normaler Farbe. T° 38,5 Puls 132, weich. Pat. ist leicht ikterisch, somnolent. Auf lautes Anreden, erfolgen undeutliche Antworten Leichte klonische Zuckungen in den Beinen.

Aus dem Ohrläppchen wird ein Tropfen Blut entleert und frisch unter dem Mikroskop untersucht; das Blut ist bräunlich, klebrig. Die rothen Blutkörperchen sind blass, liegen nicht in normaler Geldrollenform zusammen, sondern sind unregelmässig gestaltet und untereinander unregelmässig verklebt. Einzelne Blutkörperchen sind fast farblos (Schatten), an der Peripherie derselben haften kleine Körnchen. Dieselben Körnchen in Haufen bei einander liegend. Die weissen Blutkörperchen bedeutend vermehrt. Das Verhältniss derselben zu den rothen approximativ 1 : 10—15. Unter den weissen die verschiedensten Formen: vorherrschend polynucleare Zellen mit granulirtem Protoplasmaleibe, etwa 2—3 Mal grösser als die rothen Blutkörperchen, auch viele von normaler Grösse mit Kernen oder Vacuolen und endlich sehr kleineFormen.

Leider konnte ich die Färbung dieses Präparates erst viel später vornehmen, als bereits Gerinnung eingetreten war. Mit Methylenblau färbten sich viele der mittelgrossen Zellen, die grossen blieben meist ungefärbt, nur die Körnchen im Protoplasma erschienen blau. Dagegen färbten sich die meisten grossen Formen mit Eosin intensiv.

Jetzt konnte ich die Diagnose auf Leukämie stellen. In welchem Zusammenhang aber die Hämoglobinämie aufgetreten war, blieb eine offene Frage. Die Möglichkeit einer zufälligen Vergiftung wurde durchaus in Abrede gestellt und war allerdings schon dadurch unwahrscheinlich, dass Pat. bereits im April dieselben Erscheinungen dargeboten hatte, ohne dass ätiologisch irgend etwas hätte beschuldigt werden können.

Ordination: Chinin. muriat. 0,3 drei Mal täglich; Cognac, heisser schwarzer Kaffe.

5½ Uhr Pat. liegt mit offenen Augen, starrem Blick da. Laut stöhnende Dyspnöe; Extremitäten kühl, cyanotisch; ebenso die Lippen. Puls fadenförmig. Injection von 2,0 Ol. camphorat. (1 : 9). Herztöne auscultirbar. Pat. schluckt nicht.

Ich eilte ins Krankenhaus, um mir Assistenz und den nöthigen Apparat zur Infusion physiol. Kochsalzlösung zu verschaffen, doch war bei meiner Rückkehr — eine halbe Stunde später — der Exitus bereits eingetreten.

Wenden wir uns jetzt der kritischen Betrachtung unseres Falles zu.

Ein seit zwei Jahren bestehender Milztumor, sowie Lebervergrösserung, ohne Ascites, ohne Herzfehler und ohne Oedeme, hierzu die typische Blutveränderung berechtigen uns zur Diagnose: Leukämie, soweit diese Diagnose in vivo überhaupt gestattet werden kann. Ob die Leber durch leukämische Infiltration so bedeutend vergrössert war, lässt sich nicht mit Bestimmtheit behaupten, denn auch die Annahme wäre berechtigt, dass es sich um Amyloidleber handelte, die ja auch ohne Ikterus und Ascites verlaufen kann. Die Consistenz schien gegen Amyloid zu sprechen, der scharfe Rand dagegen schliesst Amyloid nicht aus. An eine andersartige Lebererkrankung konnte wohl hier nicht gedacht werden. Die hypertrophische Cirrhose verläuft fast immer mit Ikterus, die Leberlues ist meist mit Ascites verbunden, auch sprach die scheinbar glatte Oberfläche gegen Lues.

Auffallend ist allerdings das eigenthümliche Grössenverhältniss zwischen Milz und Leber. Bei Leukämie überwiegt gewöhnlich der Milztumor bedeutend, hier war das Umgekehrte der Fall.

Es finden sich aber auch Krankengeschichten mit Sectionsbefund, die darauf hinweisen, dass das Grössenverhältniss von Milz und Leber bei Leukämie ein ähnliches Verhalten zeigt, wie in unserem Fall:

v. Jaksch fand bei einem leukämischen Kinde die Leber beträchtlich vergrössert, die Milz ragte weit in das Abdomen hinein. Bei der Anaemia pseudoleukämica infantum nimmt nach Jaksch das Volumen der Leber relativ weniger schnell zu, als bei Leukämie.

Obraszow beobachtete einen Fall von acuter Leukämie, bei welchem die Leber in der Mammillarlinie bis zur Nabelhöhe reichte, die Milz 18, 12 und 5 Ctm. gross war.

In einem von Fraenkel beobachteten Falle fand sich nach siebenwöchentlicher Dauer der Leukämie bei der Section ein Milztumor — die Grösse ist nicht angegeben — und diffuse leukämische Infiltration der Nieren, die fast das doppelte ihrer normalen Grösse erreicht hatten.

Kurz man sieht, dass die Leukämie auch im Stande ist in kurzer Zeit eine bedeutende Volumszunahme verschiedener Organe, wie Leber und Nieren hervorzurufen, ohne dass die Milz deshalb immer das voluminöseste Organ sein muss.

Das Blut entsprach dem typischen Befunde bei Leukämie, was die weissen Blutkörperchen, deren verschiedene Gestaltung und Zahl betrifft. Obgleich, wie schon oben erwähnt, die Färbung der Blutprobe nur in mangelhafter Weise vorgenommen werden konnte, ergab sich doch ein ganz bedeutender Gehalt an eosinophilen Zellen im Blute. Leider liess sich eine sorgfältige Zählung nicht vornehmen, aber die Schätzung des Verhältnisses der weissen zu den rothen auf 1 : 10 wird annähernd das Richtige treffen. Mit welcher Form der Leukämie wir es zu thun haben, lässt sich ohne Obductionsbefund nicht constatiren. Die Schmerzhaftigkeit des Sternum, der Knochen überhaupt fehlte. Danach wäre man geneigt eine Betheiligung des Knochenmarks auszuschliessen, doch ist man dazu nicht berechtigt, da auch bei vollkommener Schmerzlosigkeit der Knochen das Mark derselben post mortem schwere Schädigungen aufweist. Der Hauptsache nach haben wir wohl eine lienale Leukämie vor uns. Ob die vergrösserten Cervical- und Inguinaldrüsen mit in den leukämischen Process bezogen werden dürfen, scheint mir fraglich, da sie ebenso gut scrophulösen oder luetischen Ursprungs sein konnten.

Zu diesem in sich abgeschlossenen und bekannten Symptomencomplex gesellt sich nun ein zweiter: Fieber, Erbrechen, beschleunigter Puls, Hämoglobinurie und Ikterus — ein Bild welches wir bis auf das Fieber durch eine ganze Reihe von Giften, wie Kali chloricum, Anilinoel, Toluylendiamin, Helvellasäure etc. hervorrufen können.

Daher lag auch anfangs der Verdacht einer Vergiftung nahe, musste aber zurückgewiesen werden, weil sich anamnestisch nichts feststellen liess, was in dem Sinne hätte gedeutet werden können, weil Pat. bereits zum zweiten Male von dem Anfall betroffen wurde und endlich, weil Fieber vorhanden war. Letzteres scheint direct gegen eine Vergiftung zu sprechen, denn sowohl Anilinoel [1]), wie auch dessen Derivat Antifebrin — Typen dieser Blutgifte — bewirken einen energischen Temperaturabfall, nie Steigerung.

[1]) v. Engelhardt. Beiträge zur Toxikologie des Anilin. Dissert. Dorpat 1888.

Für eine kryptogenetische Septikämie. bei der gleichfalls dieser Symptomencomplex beobachtet worden ist, lagen keine Anhaltspunkte vor; gegen dieselbe sprach der im April des Jahres verhältnissmässig günstige Verlauf des Anfalls.

Am meisten scheinen noch die Anfälle von paroxysmaler Hämoglobinurie unserem Krankheitsbilde zu entsprechen. Aetiologisch liess sich jedoch weder Erkältung, noch Ueberanstrengung oder irgend eine schwere Gemüthsbewegung feststellen. Gewöhnlich verlaufen die Paroxysmen in wenigen Stunden und nach kurzer Zeit tritt vollständige Euphorie ein. Nach Angabe des Patienten hatte der Harn beim ersten Anfall vierzehn Tage lang die eigenthümliche Portweinfarbe, beim zweiten trat nach zweitägiger Dauer der Exitus ein. Jedenfalls wäre unser Fall ein durchaus ungewöhnlicher, wenn wir ihn zur paroxysmalen Hämoglobinurie rechnen sollten. Allerdings soll Lues eine ätiologische Grundlage für das Auftreten der letzteren bieten und Lues lag in unserem Fall vor.

Mir scheint es nicht gerechtfertigt die pathogenetisch unklare paroxysmale Hämoglobinämie bloss als zufällige Complication der pathogenetisch ebenso unklaren Leukämie hinzustellen. Wenn zu der chronischen Bluterkrankung — Leukämie — plötzlich und nicht zum ersten Mal eine acute Bluterkrankung — Hämoglobinämie — hinzutritt, werde ich bemüht sein, für beide Erscheinungen eine Ursache aufzufinden, d. h. ich werde, wenn die Wahrscheinlichkeit einer einheitlichen Aetiologie nachgewiesen werden kann, die acute Erkrankung bloss für eine Exacerbation der chronischen halten.

Diese Annahme erscheint vielleicht überraschend, weil es sich bei der Leukämie scheinbar bloss um Erkrankung der weissen Blutkörperchen und ihrer hypothetischen Bildungsstätten, bei der Hämoglobinämie dagegen um den Zerfall der rothen Blutkörperchen handelt, jedoch weisen einzelne Beobachtungen darauf hin, dass dieser principielle Unterschied zwischen Erkrankung der rothen und weissen Blutkörperchen wohl niemals so scharf in praxi existirt hat, sondern mehr ein künstlich construirter war.

Es liegt mir fern, Ihnen hier die zahlreichen Hypothesen über die Pathogenese der Leukämie in extenso darzulegen, doch sei es mir gestattet, auf einzelne Punkte aufmerksam zu machen, welche mir die oben ausgesprochene Vermuthung nahe gelegt haben. Einen Anspruch auf Beweiskraft kann natürlich ein vereinzelter Fall nicht haben.

Die Frage nach dem Wesen der Leukämie wird von einer Anzahl namhafter Autoren dahin beantwortet, dass es sich im Wesentlichen um eine Erkrankung der blutbildenden Organe und weissen Blutkörperchen handele. Durch irgend einen Krankheitserreger ist den Leukocyten die Fähigkeit verloren gegangen, den Verwandlungsprocess in die rothen Blutkörperchen in ausreichender Weise zu vollziehen. Dass bei dem Wiederaufbau des Hämoglobins aus den normalen Zerfallsproducten der rothen Blutkörperchen die Milz eine wesentliche Rolle spielt, ist durch die Untersuchungen von A. Schwartz[2]) und v. Middendorff[3]) höchst wahrscheinlich gemacht. Daher scheint auch A. Schwartz die lienale Leukämie vorzugsweise für eine Erkrankung der Milz zu halten, welche sich darin äussert, dass die Milzpulpazellen ihre physiologische Aufgabe, Wiederaufbau des Hämoglobins und hiermit Umwandlung oder Neubau von rothen Blutkörperchen nicht mehr erfüllen.

Wenn sich der Vorgang factisch bei Leukämie so abspielen sollte, so ist doch die Frage noch nicht gelöst, ob zugleich auch bei der Leukämie ein vermehrter Zerfall rother Blutkörperchen statt findet d. h. ob die Krankheitsursache auch direct die Erythrocyten beeinflusst, eine Annahme, die von einzelnen Autoren für berechtigt gehalten wird, von anderen wiederum nicht.

Bereits vor 10 Jahren haben Cornil und Ranvier[4]) in den grossen weissen Blutzellen bei Leukämischen kleine gelbe Körnchen gefunden, die sie für Zerfallsproducte der rothen Blutkörperchen hielten. Sie schliessen daraus auf einen vermehrten Zerfall der Erythrocyten bei Leukämie. Mir scheint der Schluss noch nicht berechtigt. Wenn ein normaler Zerfall der Erythrocyten statt findet, die Zerfallsproducte nun von den weissen Zellen aufgenommen werden und diese den Umwandlungsprocess nicht schnell genug, wie das ja bei Leukämie angenommen wird, in der Milz, dem Knochenmark und den Drüsen vollziehen, so müssen diese Zwischenstufen — ebenso, wie die kernhaltigen rothen Blutkörperchen — dem Beobachter innerhalb der Blutbahn zu Gesichte kommen. Strümpell[5]) erwähnt, dass im leukämischen Blute nicht selten Körnchenbildungen gefunden werden, über deren Natur aber nichts Näheres bekannt zu sein scheint.

Nun sind bei Hämoglobinämie Körnchenhaufen im Blute ein ganz regelmässiger Befund. Es sind hier die Zerfallsproducte der rothen Blutkörperchen. Der pathologische Vorgang ist in diesen Fällen ziemlich klar gelegt. Die rothen Blutkörperchen scheiden ihr Hämoglobin in kleinen Tröpfchen aus, die zuerst an der Blutscheibe haften, dann theils im Blutplasma gelöst werden, theils sich dort zu Körnerhaufen zusammenballen. Nun findet eine scheinbare compensatorische Ueberproduction von Leukocyten statt[6]). In der Milz findet man die weissen Zellen beladen mit Hämoglobinkörnern, um sie dem Arbeitsfelde des Organismus als rothe Blutkörperchen zuzuführen. In der Leber dieselbe Erscheinung bei den Leberzellen, nur wird hier das Hämoglobin zu Gallenfarbstoff umgewandelt, der in Massen producirt, einen Stauungsikterus hervorruft. Schliesslich wird ein Theil der Körnchen und des gelösten Hämoglobin durch die Nieren ausgeschieden und es entsteht Hämoglobinurie und Methämoglobinurie. Bei einem derartigen Vorgange ist es vielleicht möglich, dass neben dem rapiden Zerfall der rothen Blutkörperchen eine Beeinflussung der Vitalität der Leukocyten in dem Sinne statt findet, dass sie trotz ihres vermehrten Auftretens in der Blutbahn doch nicht fähig sind die Zerfallsmassen der Erythrocyten zu bewältigen und diese dann als Schlacke aus dem Organismus ausgeschieden werden. Eine Bestätigung dieser Annahme wäre deshalb von Wichtigkeit, weil dann bewiesen wäre, dass es sich bei den typischen Blutgiften nicht nur um eine Schädigung der rothen Blutkörperchen handelt, sondern dass diese Blutgifte das Blut in toto — als Gewebseinheit aufgefasst — pathologisch verändern.

Wenn die Hypothese zu Recht besteht, dass die Regeneration der Erythrocyten durch Beeinträchtigung der Function der Leukocyten bei Leukämie gelitten hat, so muss bei erheblichem Zerfall der rothen Blutkörperchen bei Hämoglobinämie mit Leukämie complicirt, der vorher beschriebene Zustand d. h. Hämoglobinurie und Ikterus in allerhöchstem Masse eintreten. Das ist nun bei unserem Patienten der Fall. Die Hämoglobinurie dauert beim ersten Anfall vierzehn Tage, beim zweiten tritt bereits nach zwei Tagen der Tod ein! Welchen Massen zerstörter Blutkörperchen entspricht die Hämoglobinmenge, die vierzehn Tage lang im Harn des Patienten ausgeschieden wurde?! Die oben beschriebenen Körnchenbildungen fand ich im Blute des Patienten. Hier musste ich sie für Trümmer der rothen Blutkörperchen halten, also für ein Symptom der Hämoglobinämie. Was spricht aber dagegen,

[2]) A. Schwartz. Ueber die Wechselbeziehungen zwischen Hämoglobin und Protoplasma etc. Diss. Dorpat 1888.

[3]) v. Middendorff. Bestimmungen des Hämoglobingehaltes im Blut der zu- und abführenden Gefässe der Leber und Milz. Diss. Dorpat 1888.

[4]) cit. nach Epstein: acute Leukämie und Pseudoleukämie. Deutsch. Arch. f. klin. Medicin B. 44. 1889.

[5]) Strümpell. Spec. Pathologie und Therapie. Bd. II. 1889.

[6]) Cf. v. Engelhardt l. c.

dass wir es im Blute Leukämischer gleichfalls mit Hämoglobinkörnern zu thun haben? Die Frage wäre durch den Nachweis des Methämoglobin in jedem leukämischen Blute entschieden und hiermit zugleich auch der vermehrte Zerfall der Erythrocyten innerhalb der Blutbahn.

Man sollte demnach erwarten, dass die Hämoglobinurie häufiger mit Leukämie combinirt beobachtet würde. Das ist nun allerdings nicht der Fall. Ich habe in der mir zugänglichen Litteratur keinen einzigen derartigen Fall gefunden. Nicht einmal bei der acut verlaufenden Leukämie findet sich unter sämmtlichen neuerdings von Epstein[7]) gesammelten Fällen einer, der die Symptome: Hämoglobinurie und Ikterus aufweist.

Wenn es sich nun bei Leukämie in erster Linie um folgende zwei Momente handelt: 1. Vermehrter Zerfall rother Blutkörperchen, 2. Production von physiologisch untauglichen Leukocyten — so kann eine Exacerbation, eine acute Verschlimmerung gleichfalls durch Steigerung dieser beiden Factoren eintreten, d. h.: 1) noch intensiverer Zerfall der Erythrocyten und 2) noch bedeutenderes Sinken der Vitalität der Leukocyten.

Für letzteres Moment sprechen fast alle acut verlaufenden Leukämien: die Zahl der weissen Blutkörperchen nimmt immer mehr überhand, die der rothen sinkt: also der normale Zerfall der rothen schreitet fort und die weissen bleiben auf halbem Wege ihrer Verwandlung stehen.

Für das erste Moment spricht scheinbar nur unser Fall, doch möchte ich daran erinnern, dass Hämoglobinämie erst nach dem Auftreten von Hämoglobinurie diagnosticirt wird, während sie schon sehr viel früher bestehen kann und durchaus nicht immer Hämoglobinurie zur Folge haben muss.

Unter den Complicationen bei hundert Fällen von Leukämie findet sich nach Mosler 11 Mal Ikterus. Vielleicht war der Ikterus durch Hämoglobinämie bedingt ein «hämo-hepatogener (Afanassjew)»? Einen Fall beobachtete Mosler, bei welchem das längere Bestehen des Ikterus die Zahl der weissen Blutkörperchen verminderte: eventuell ein Beleg dafür, dass bei vermindertem Hämoglobingehalt des Plasma durch den Verbrauch des Hämoglobin in der Leber die Milz aufhört compensatorisch thätig zu sein d. h. weniger Leukocyten producirt oder die Leukocyten wieder an Vitalität gewinnen und den Umwandlungsprocess in rothe schneller vollziehen.

Die interessante Frage nach der Pathogenese der Leukämie hat uns schon zu lange beschäftigt; sollte es mir gelungen sein, Ihnen für meine Auffassungsweise eine gewisse Berechtigung nachgewiesen zu haben, so ist mein Zweck erreicht.

Ich fasse somit meine Ansicht über den Zusammenhang von Leukämie und Hämoglobinämie folgendermaassen zusammen:

Die Leukämie verläuft möglicher Weise immer mit Hämoglobinämie, doch tritt letztere sehr selten in so hohem Grade auf, dass daraus Hämoglobinurie und Ikterus resultiren.

Nur kurz will ich noch die Chancen der Therapie bei einem solchen Zustande berühren.

Als ich den Kranken zum ersten Male sah, konnte ich mir noch kein rechtes Bild von seinem Zustande machen. Ich verordnete reichliches Trinken, um die Nieren von den Hämoglobinmengen zu befreien und Cognac als Analepticum. Am folgenden Tage, nachdem die Diagnose gestellt war, wollte ich einen Versuch mit Chinin machen und dachte zugleich daran, Sauerstoffinhalationen brauchen zu lassen oder eine Infusion mit physiologischer Kochsalzlösung zu machen. Am Nachmittage entschloss ich mich zur Infusion, aber leider zu spät. Ich muss gestehen, dass mir die Sauerstoffinhalation eigentlich vom theoretischen Gesichtspunkt aus gebotener erschien, doch wusste ich mir den Apparat nicht schnell genug zu beschaffen. Nachträglich ergab sich allerdings, dass fast sämmtliche Versuche, die bei acuter Leukämie mit Sauerstoffinhalationen gemacht wurden, fehlgeschlagen sind. Die Kochsalzinfusion hat die Leukämie ebenso wenig in ihrem Verlauf beeinflussen können. Ziemssen empfiehlt dieselbe aber bei Intoxicationen, die Hämoglobinämie zur Folge haben. Mir scheint, als handle es sich in solchen Fällen, ähnlich wie bei Anwendung der Kochsalzinfusionen bei Urämie, entweder um die günstige Wirkung der vermehrten Blutflüssigkeit und dadurch erzielten verminderten Procentgehalt des Blutes an toxisch wirkender Substanz oder eine intensivere Auslaugung des Gewebes durch die Kochsalzinfusion und dadurch bewirkte schnellere Ausscheidung des Giftes aus dem Körper. Ob wir es aber bei der Leukämie mit der Wirkung von Toxinen zu thun haben, ist höchst fraglich! Die Wirkungslosigkeit der Kochsalzinfusion würde eher für einen organisirten Krankheitserreger bei Leukämie sprechen.

Das Einzige, was bei einer solchen ungünstigen Combination vielleicht Erfolg versprechen dürfte, wäre — nach den Versushen von Ziemssen zu urtheilen — die Transfusion defibrinirten Menschenblutes.

Anmerkung: Nachträglich fand ich die pharmakologisch interessante Bemerkung, dass Injection von Kampher eine schnelle Vermehrung der Leukocyten im Blute bewirke. Sollte vielleicht bei solchen Zuständen das Ol. camphoratum contraindicirt sein?

[7]) Epstein, l. c.

Vinum Ipecacuanhae bei Wehenschwäche.

Casuistische Mittheilung

von

Dr. H. Stillmark,
in Helmet (Livland).

Vor einigen Wochen ging durch unsere Fachzeitschriften die auch von der «St. Petersb. Med. Wochenschrift» (Nr. 12) reproducirte Notiz, dass Vinum Ipecacuanhae, bei einfacher Wehenschwäche angewandt, normale Contractionen des Uterus zu erregen im Stande sei (Drapes in Quaterly therap. review.). — Nach Drapes genügen schon 2—3 Dosen zu 10—15 Tropfen, um eine energische Wehenthätigkeit der Gebärmutter hervorzurufen.

Zufälliger Weise hatte ich ein Paar Tage, nachdem mir diese Notiz zu Gesicht gekommen, Gelegenheit, das genannte Präparat nach dieser Richtung hin erproben zu können. Das Resultat des Versuches war, wie ich gleich hier hervorheben will, ein wirklich überraschend gutes. Es kann nicht in meiner Absicht liegen, an dieser Stelle das über die Radix Ipecacuanhae in pharmakologischer Hinsicht Bekannte zu wiederholen. Ich verweise Interessenten hierbei auf die Arbeiten von Kobert, Podwyssotzki, H. Meyer u. A., die die Ipecacuanha zum Gegenstande genauer Untersuchungen gemacht haben. — Zweck dieser Zeilen soll nur sein, auf Grund eines von mir beobachteten Falles den Collegen den von Drapes als Mittel gegen Wehenschwäche vorgeschlagenen Ipecacuanha-Wein zur Nachprüfung zu empfehlen.

Ich erlaube mir, in Folgendem die diesen Fall betreffende Krankengeschichte kurz zu referiren:

Frau von NN., 23 Jahre alt, hatte 3 Mal geboren, das letzte Mal ein angeblich nicht voll ausgetragenes Kind, das bald nach der Geburt gestorben war. Alle drei Geburten waren schnell und leicht von statten gegangen. Letzte Menses am 10. Juli 1891. — Am 22. März c., also ca. 3 Wochen vor dem präsumptiven Termin der zu erwartenden Niederkunft, war, ohne nachweisbare Veranlassung, die Blase gesprungen, wobei sich angeblich 1—2 sehr schwache Wehen gezeigt hatten. — Um 5 Uhr Morgens des 23. März wurde ich zu der Pat. abgeholt. Die von mir sofort vorgenommene Untersuchung ergiebt: II. Schädellage; Kopf im Becken; der Muttermund für

2—3 Finger durchgängig. — Foetale Herztöne 140. Wehen sind nicht vorhanden. Fortwährend sickert Fruchtwasser aus den Genitalien. Um 10 Uhr wird Pat. gebadet. — Da bis 2 Uhr Nachmittags keine Wehen sich eingestellt haben, werden mehrfach warme Scheidendouchen applicirt, doch ohne einen Erfolg. Die foetalen Herztöne zeigen fortdauernd normale Frequenz, das Befinden der Kreissenden ist ein vortreffliches. Die Nacht vom 23.—24. wird von ihr schlafend verbracht. Am Morgen des 24. werden, nachdem Pat. noch ein Bad genommen, wiederum warme Ausspülungen gemacht, der Uterus leicht massirt, heisse Umschläge auf den Leib gemacht. Da alle diese Maassnahmen nicht den gewünschten Erfolg haben, d. h. Wehen sich nicht einstellen, beschliesse ich, der Kreissenden, die sich übrigens in Folge der steten Aufregung recht angegriffen fühlt, nach dem Vorschlage von Drapes Vin. Ipecacuanhae zu geben. Um 12 Uhr Mittags werden der Pat. 15 Tropfen desselben gereicht. Um halb 1 Uhr behauptet die Kranke, dass «ihr Leib plötzlich hart» geworden sei. Um halb 2 Uhr werden wieder 15 Tropfen eingegeben. Ungefähr dreiviertel Stunde nach der Verabreichung der zweiten Dosis beginnen kräftige normale Wehen. Um 4 Uhr Nachmittags mehrmaliges Erbrechen. — Da die Wehen gegen Abend schwächer werden und um ca. 10 Uhr Abends fast ganz aufhören, wird zum dritten Mal Vin. Ipecacuanhae gegeben, und zwar wegen der bestehenden Uebelkeit nur 5 Tropfen. — Sehr bald tritt auch dieses Mal die Wirkung des Mittels ein. In Folge der erneuten energischen Wehenthätigkeit wird um 12 Uhr das nicht asphyktische Kind geboren. — Partus siccus. — Spontane Ausstossung der Placenta. — Normales Wochenbett.

Es ist ja selbstverständlich, dass dieser eine Fall noch keineswegs die Unfehlbarkeit des Drapes'schen Verfahrens darthun kann, doch glaubte ich denselben der Kenntnissnahme der Collegen umsoweniger vorenthalten zu dürfen, als er durch den absoluten Mangel an Wehen, der nach dem Gebrauch des Vin. Ipecacuanhae gehoben wurde und einer normalen Geburtsthätigkeit der Gebärmutter Platz machte, die uterine Wirkung des genannten Medicaments in prägnanter Weise zum Ausdruck zu bringen scheint.

Merkwürdig aber und gewiss zu einer mehr skeptischen Auffassung des Vorschlages von Drapes berechtigend ist der Umstand, dass die besprochene Wirkung der Radix Ipecacuanhae, welch' letztere ja bekanntlich seit dem Ende des 17. Jahrhunderts vielfach im Gebrauch ist, nicht schon früher beobachtet worden ist. Sollte sich dagegen in der Folgezeit das Drapes'sche Verfahren bewähren, so darf das Vin. Ipecacuanhae als eine nicht zu unterschätzende Bereicherung unseres geburtshilflichen Arzneischatzes betrachtet werden und zwar besonders wegen seiner Eigenschaft, normale nicht tetanische Contractionen des Uterus hervorzurufen, ein Vorzug, der noch erhöht wird durch die relative Ungiftigkeit des Mittels und die geringe Umständlichkeit seiner Anwendung.

Referate.

G. Naumann (Helsingfors): Ein für Peri- und Paratyphlitis pathognomonisches Symptom. (Hygiea, 1891 November).

N. giebt an, dass bei alternirendem Druck auf die Ileocoecal- und Lumbalgegend ein quatschender Laut entsteht, beruhend auf dem Durchdrücken von Gas durch Eiter, ein Laut, der keine Aehnlichkeit hat mit dem gurrenden Laut, mit dem Gase sich durch den Darm bewegen. Er schreibt diesem Symptom pathognomonische Bedeutung zu und hat gestützt darauf in mehreren zweifelhaften Fällen mit Glück frühzeitig operirt.

(Wo viel Flüssigkeit in den Därmen ist, z. B. bei Typhus, entsteht bei Druck auf die Ileocoecalgegend gleichfalls ein quatschender Laut, weshalb doch, auch wenn sich das Naumann'sche Symptom bewahrheiten sollte, vor Verwechselung gewarnt werden muss. Ref.). Buch (Willmanstrand).

Prof. J. G. Edgren: Behandlung der serösen Pleuritis mit salicylsaurem Natron. (Hygiea, 1891. Nr. 11).

Verf. hat 8 Fälle von seröser Pleuritis nach Aufrecht's Empfehlung mit salicylsaurem Natron behandelt und hat durchaus den Eindruck, dass dasselbe im Verein mit Stilleliegen und Priessnitz'schen Umschlägen die Heilung befördert und die subjectiven Symptome abkürzt, er räth daher zu weiteren Versuchen, da das Mittel vernünftig angewandt unschädlich sei. (Er gab es in Grammdosen, die ersten Tage zu 5 Gramm, später 4 und 3 Gramm täglich, 8—10 Tage hindurch. Sind die Exsudate grösser, müssen sie vorerst punctirt werden. Buch (Willmanstrand).

Hans Aronsohn und Paul Philip: Ueber die Anfertigung von Sputumschnitten und die Darstellung der eosinophilen Zellen in denselben. (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 3).

Die zu untersuchenden Sputa lässt man direct in eine kaltgesättigte Auflösung von Sublimat in 0,75% Kochsalzwasser expectoriren, woselbst sie 6—12 Stunden verbleiben. Nach kurzem Abspülen in Wasser folgt die Uebertragung in 70% Alkohol, dem Jodtinctur bis zur Burgunderfärbung hinzugesetzt wird und der, falls Entfärbung eintritt, erneuert wird, dann weitere Härtung in reinem Alkohol von aufsteigender Concentration. Die durch die Härtung geschrumpften Ballen werden für je 24 Stunden in eingedicktes Cedernholzoel, Xylol und gesättigte Paraffinxylollösung gebracht; schliesslich kommen sie auf 24 Stunden in den Brutschrank in einer bei 37° gesättigten Paraffinxylollösung und dann 4—6 Stunden in Paraffin von geeignetem Schmelzpunkt. Nach dieser Bearbeitung war es den Autoren möglich, durchweg Schnitte von fünf Mikra und darunter zu erhalten. Bei einem 9jährigen Knaben mit typischem Bronchialasthma gelang es in den auf eben beschriebene Weise vorbereiteten Sputumschnitten eosinophile Zellen in einer Massenhaftigkeit und typischen Art nachzuweisen, wie es in andrer Weise nicht möglich ist. Gerade für die Untersuchung des Asthma-Sputums ist nach den Autoren die Methode sehr geeignet.

Abelmann.

A. Strümpell: Zur Kenntniss der primären acuten Polymyositis. (Deut. Z. f. Nervenheilkunde I. Bd. XIX).

An die bisher beobachteten 10 Fälle von Polymyositis (Unverricht, Wagner, Hepp u. A.) reiht Verf. eine eigene Beobachtung und zeichnet auf Grund dieser 11. Beobachtungen das Krankheitsbild der primären acuten Polymyositis.

Die Krankheit befällt, abgesehen vom Kindesalter, alle Altersklassen; sie beginnt meist allmälig; bei acutem Beginn kommt es auch zu Allgemeinerscheinungen, als Unwohlsein, Schwindel, Kopfschmerz, Uebelkeit etc. dann stellen sich krampfartige Schmerzen ein in den Extremitäten, im Rücken, im Kreuz und zwischen den Schultern. Die Kranken werden bettlägerig, die Beweglichkeit leidet und zwar bleiben die Finger und Füsse am längsten verschont. Auch die Athmungs- und Schlingmuskulatur wird ergriffen und in schweren Fällen sogar die Kopf-, Zungen- und Augenmuskeln. Die Muskeln werden stark druckempfindlich und haben wohl auch ein vermehrtes Volumen, jedoch wird dieses Symptom durch ödematöse Schwellung der benachbarten Weichtheile und der Haut verdeckt (collaterales entzündliches Oedem), die Contouren der Muskeln verschwinden und es erhalten namentlich die Vorderarme eine spindelförmige Gestalt. Das Gesicht wird nur in geringem Grade von dem Oedem heimgesucht. Die Haut betheiligt sich ausserdem durch verschiedene Exantheme (Erythem, Urticaria, subcutane Blutungen, Herpes labialis) an dem Process.

Sensibilitätsstörungen stärkeren Grades fehlen, die Reflexe sind entweder erhalten oder abgeschwächt, die elektrische Erregbarkeit der Muskeln ist stark herabgesetzt oder ganz aufgehoben. Ausserdem wurden häufig Angina, Stomatitis und vermehrte Salivation beobachtet. Die Milz war besonders bei den acuten Formen deutlich geschwollen. Als complicatorische Affectionen sind besonders wichtig Erkrankungen der Respirationsorgane. Die Körpertemperatur kann beträchtliche Steigerungen zeigen. St. unterscheidet acute und chronische und schwere (exitus letalis) und leichte (Heilung) Fälle.

Durch therapeutische Maassregeln konnte bis jetzt nur eine Erleichterung der Beschwerden erzielt werden.

In differentialdiagnostischer Beziehung kommen in Betracht die Trichinosis und Polyneuritis.

Anatomisch erscheint der erkrankte Muskel häufig geschwollen und es wechseln hellgrüne Stellen mit braunrothen ab, er ist trocken und mürbe. Die mikroskopische Untersuchung zeigt Verlust der Querstreifung, körnige Trübung, ödematöse, hyaline oder wachsige Entartung, Vacuolenbildung und Vermehrung der Kerne. Auch das interstitielle Gewebe ist ergriffen und zeigt Veränderungen acut-entzündlicher Natur. Neigung zu eitriger Einschmelzung des Gewebes besteht nicht. In aetiologischer Beziehung hat Pfeiffer auf die Möglichkeit einer Gregarinen-Invasion hingewiesen, jedoch sind St.'s dahinzielende Untersuchungen negativ ausgefallen. Da sich bei der primären acuten Polymyositis eine fast allgemeine diffuse Muskelerkrankung findet, spricht Verf. die Vermuthung aus, dass es sich nicht um örtliche Anwesenheit der Infectionserreger handele, sondern um Einwirkung eines im Blut gelösten Toxins. Kusick (Reval).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

F. Beely und E. Kirchhoff. Der menschliche Fuss, seine Bekleidung und Pflege. Tübingen Verl. d. H. Laupp'schen Buchhandlung.

Die 109 Octavseiten starke Brochüre behandelt in populärwissenschaftlicher Weise die stets brennende Stiefelfrage. Sie enthält in Kürze die descriptive und plastische Anatomie des Fusses, seine Formveränderungen im Stehen und Gehen, giebt eine Kritik der bislang vorgeschlagenen Sohlenformen (H. v. Meyer, Günther, Vötsch, Starcke, Weber, Gross, Brandt von Lindau) und bringt entschieden rationelle Vorschläge in letzterer Beziehung für den normalen Fuss, Platt- und Klumpfuss. Die Sohlenform entspricht in gewinnender Weise nicht nur der Ratio, sondern auch der Mode. Das Büchlein sollte nicht nur vom Arzt und gebildeten Schuhmacher, sondern von Jedem studirt werden, der seine Füsse werth hält. Zahlreiche Holzschnitte erläutern den Text. Ein Litteraturverzeichniss am Schluss (42 Nr.Nr.) ist wohl sicher als erschöpfend zu bezeichnen.

Selenkow.

Protokolle
der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1178. Sitzung am 18. März 1892.

Anwesend 51 ord. Mitglieder und 15 Gäste.

1. Dr. Schönfeldt demonstrirt einige dicht von eingekapselten Trichinen durchsetzte Muskelstücke und eine Reihe mikroskopischer Präparate aus der Leiche eines jüngst in Rothenberg verstorbenen Paralytikers (accidenteller Leichenbefund).

2. Dr. A. Bergmann stellt einen Patienten vor, der bei seiner Aufnahme ins allg. Krankenhaus am 29. Januar c. angab, es sei ihm am 24. Dec. 1891 ein grosser Stahlsplitter mit Gewalt gegen die Stirn geflogen und dort so fest eingedrungen, dass es eines erheblichen Kraftaufwandes bedurfte um ihn zu entfernen; in 8 Tagen sei die Wunde geheilt. Darauf haben sich sehr starke und anhaltende Kopfschmerzen eingestellt, die ihn im Krankenhause Hilfe zu suchen veranlassen.

Pat. ist theilnahmlos, leicht soporös, antwortet aber auf gestellte Fragen, lässt den Harn unter sich. Kein Fieber, Puls 68, von gewöhnlicher Beschaffenheit. Auf der rechten Seite der Stirn eine sehr druckempfindliche, dem Stirnbein adhärente Narbe. Die linke Gesichtshälfte schlaffer, als die rechte, auch die linken Extremitäten schwächer, als die rechten. Stauungspapille angedeutet. Die Temperatur hinter dem rechten Ohr um 0,8 höher als links.

Trotz Fehlens ausgesprochener Symptome intracraniellen Druckes wird Hirnabscess angenommen; am 31. Januar das Stirnbein aufgemeisselt, eine Probepunction ergiebt Eiter; mittelst Kreuzschnittes durch die Dura ein etwa apfelgrosser Hirnabscess eröffnet. Aseptischer Verband Sofort nach der Operation schwindet die Incontinentia urinae, eine Woche nach der Operation sind beide Hände gleich stark. — Etwa 4 Wochen nach der Operation 2 Tage lang Temperatursteigerung; die deswegen gehegte Befürchtung einer Eiterretention ist jedoch durch die ungestörte Heilung nicht gerechtfertigt worden.

Hierzu ergänzt Dr. Dahlfeldt: am Tage vor der Operation war eine krankhafte Veränderung der rechten Papille nicht sicher nachweisbar: es war dies erschwert durch eine angeborene Anomalie (markhaltige Sehnervenfasern). In der ersten Woche nach der Operation wurde Schwellung und Trübung der Papille rechts deutlich nachweisbar; dazu kamen venöse Stauungen und einzelne kleine Blutungen; auch links stellten sich dieselben Erscheinungen ein, jedoch in geringerem Grade. In der zweiten Woche keine Veränderung; dagegen nach etwa 3 Wochen wieder eine Zunahme des Processes, namentlich links, bei gleichzeitigem Fieber, was zur Befürchtung Veranlassung gab, es handle sich um Eiterrentention, resp. Affection der Hirnhäute. — Unterdessen hat sich jedoch der Process am Augenhintergrunde bedeutend gebessert, so dass heute nur noch ein unbedeutender Rest, bestehend in ganz leichter Trübung der Papillengrenze und mässiger venöser Hyperaemie, nachweisbar ist.

Dr. F. Berg stellt einen Pat. vor, zu welchem er im October vorigen Jahres nach Polotzk gerufen wurde: im Ueberfall war ihm die rechte Seite des Stirnbeins eingeschlagen worden. Pat. war bei klarem Bewusstsein, konnte jedoch über die Verletzung keine näheren Angaben machen. Puls 40—50 in der Minute. Auf der rechten Seite der Stirn eine stark gerissene dreieckige Wunde; ein Knochenfragment von der Grösse eines Fünfkopenstückes ist ins Hirn gedrungen. Trepanation. Entfernung des Knochenfragments. — Am 12. Dec. kommt Pat. nach Riga ins Diakonissenhaus wegen heftigster Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. Temperatur etwas über 38, Stauungspapille; Pat. ist läppisch-unsauber; keine Lähmungserscheinungen, Hyperaesthesie der rechten Schädelhälfte. Die Wunde wird erweitert, der Rand des Knochendefects abgemeisselt, die Dura eröffnet, es findet sish jedoch dort kein Eiter; etwa 20 zum Theil auch nach links hinüber mit einer 6—7 Zoll langen Hohlnadel ausgeführte Probepunctionen führen ebenfalls zu keinem Resultat. — Ziemlich derselbe Zustand bei leichter Bewusstseinstrübung bis zum 1. Januar, an welchem Tage sich im Verband eine reichliche Eitermenge findet; gleichzeitig wird das Bewusstsein klar und Pat. sauber. Bald aber stellt sich unter Fiebererscheinungen wieder das alte Bild ein, das sich erst nach Abtragung eines die Eiterentleerung behindernden Hirnprolapses und Einführung von Jodoformgazestreifen wieder bessert. Trotzdem dass aus dem unteren Wundwinkel beständig etwas Eiter sickert, verschlimmert sich der Zustand des Patienten Ende Februar: er fiebert, ist unklar, unsauber, neigt dazu nach links umzufallen. 8 Tage später entleert sich plötzlich eine grössere Menge von Cerebrospinalflüssigkeit; gleichzeitig wird Pat. völlig taub. Jetzt ist Pat. bei klarem Bewusstsein und sauber, jedoch hat sich sein Gehör absolut nicht gebessert.

Vortr. nimmt an, dass Pat. ausser dem Abscess, welcher sich am 1. Jan. entleerte, noch einen zweiten an der Hirnbasis hat, den operativ zu erreichen leider keine Aussicht vorliegt.

Hierzu ergänzt Dr. Zwingmann: Während anfangs (Mitte December) an beiden Augen beginnende Stauungsneuritis zu constatiren war, entwickelte sich nach dem ersten Eingriff rechts prononcirte Stauungspapille, links Neuroretinitis mit circumpapillären Blutungen, bei bedeutender Abnahme der Sehschärfe, die namentlich links hochgradig wird. Mit der Besserung des Allgemeinzustandes geht der neuritische Process beiderseits zurück und hebt sich die Sehschärfe. Bei der folgenden Verschlechterung des allgemeinen Krankheitsbildes bleibt die Papillitis beiderseits unverändert und geht dann langsam rechts fast völlig, links ebenfalls bedeutend zurück, ohne dass die Sehschärfe weiter steigt.

Dr. Voss berichtet über die angebliche Taubheit des letzteren Patienten: die Umgebung des Kranken behauptet, er höre absolut Nichts. Mit der Stimmgabel gemachte Versuche beantwortete anfangs Pat. jedoch derart, dass daraus folgt, er höre bei benutzter Knochenleitung, bei Luftleitung aber nicht (die Knochenleitung wurde bei diesen Versuchen überhaupt nicht benutzt). Später giebt Pat. an, bei benutzter Luftleitung die Stimmgabeltöne zu hören, bezeichnet c^2 höher als c^1, hält aber letzteren Ton mit c. für gleich. Von sich aus giebt Pat. an: «ich höre, aber verstehe Nichts». Letzteren Eindruck hat auch Dr. Voss, und glaubt den Fall mit Seelentaubheit bezeichnen zu müssen.

Dr. Ed. Schwarz berichtet aus der Litteratur, dass die traumatischen Hirnabscesse in der Regel in der Tiefe des Hirns unterhalb der von dem Trauma getroffenen Stelle des Schädels gefunden werden, in Ausnahmefällen aber auch in entfernten Hirnpartien ein zweiter Abscess vorhanden war. Auch in dem von Dr. Berg vorgestellten Falle sei es möglich, dass ausser dem einen Abscess, welcher sich entleerte, ein zweiter existirt. Die Taubheit des Pat. scheint Redner nicht Seelentaubheit, oder nicht Seelentaubheit allein zu sein. Nachdem er die Analogie beider Fälle in dem Verhalten der Sehnervenpapille besprochen, was vielleicht einen Hoffnungsschimmer für den zweiten zu sehen erlaube, referirt er, die Indication zur Operation betreffend, die Behauptung von Gowers, dass auch bei Mittelohreiterung, ohne Hirnabscess, Stauungspapille beobachtet werden könne.

Dr. A. Bergmann bezweifelt die Zweckmässigkeit der Probepunction mit so langen Nadeln, wie Dr. Berg sie benutzte. Man habe auf diesem Wege wenig Chancen, Eiter zu finden, dagegen die Gefahr der Hirnverletzung.

Dr. Berg dagegen hält sich für berechtigt, resp. verpflichtet, jedes Mittel anzuwenden, das die Möglichkeit bietet den Eiterherd aufzudecken, wenn wie in seinem Fall ein Hirnabscess sicher diagnosticirt ist. Die Gefahr, welche der nicht gefundene Hirnabscess für den Kranken darstellt, ist eben unendlich viel grösser, als die der ausgiebigen Probepunctionen. Die völlige Euphorie des Pat. bewies ausserdem, dass der Eingriff ihm keinerlei Schaden gethan.

Dr. Ed Schwarz schliesst sich dem Vorredner an: weil er den Fall für verloren hält, wenn der Abscess nicht gefunden wird, will er einen solchen Eingriff, der den Eiterherd aufzudecken im Stande ist, befürworten.

Nach dem Dr. Klemm berichtet, dass auch Prof. Bergmann — Berlin die Nadelpunctionen für relativ gefährlich und dabei wenig expeditiv erkläre, spricht Dr. Hampeln sich auf Grund seiner Erfahrungen beim Empyem dahin aus, dass die Hoffnung Eiter zu aspiriren, unabhängig sei von der Länge der Nadel. Schliesst der Stempel, so aspirirt die Spritze, ob mit langer oder kurzer Nadel armirt.

3. Dr. Hach demonstrirt einen wegen multipler Fibrombildung per vaginam exstirpirten Uterus.

Pat. 41 Jahr alt, litt seit vielen Jahren an Metrorrhagien und war bereits einmal mit einigem Erfolg mit subcut. Ergotininjectionen behandelt worden, als sie im Jahre 1882 in Behandlung des Vortr. trat: Abrasio, Entfernung eines wallnussgrossen Fibroids. Nach längerem Aufenthalt in Görbersdorf wegen Spitzenkatarrhs im Juli 1886 wiederum Abrasio und Entfernung eines vom Fundus ausgehenden wallnussgrossen Fibroids. Im October 1886 heirathet Pat., Menses regelmässig und nicht stark. Im October 1888 von Dr. Stryk ein Fibrom entfernt. Im Frühjahr 1890 neue Blutungen, im Juli Abrasio und Amputation der hypertrophischen vorderen Lippe. Nun Ruhe bis zum April 1891; von da an fast ununterbrochene Blutungen bis zum November wo folgender Befund: Pat. äusserst anämisch, links wahrscheinlich marantische Radialisthrombose. Uterus von der Grösse eines im 2. Monat graviden, die vordere vor einem Jahr amputirte Lippe kinderfaustgross; im Cavum uteri ein Fibrom.

Vaginale Totalexstirpation, erschwert durch Enge der Scheide bei vergrössertem Uterus.

Collaps nach der Operation, Kochsalzinfusion ins Rectum. Bis auf grosse Schwäche anfangs zufriedenstellender Verlauf; am 10. Tage 38,3. Bald darauf Parametritis, marantische Thrombose erst des linken, dann des rechten Beins. Am 19. Januar entleert sich per vaginam ein grosser Tampon, der im Douglas seit der Operation gelegen, danach Aufhören der allabendlichen Temperaturerhöhungen.

Entlassen, erholt Pat. sich auf dem Lande.

z. Z. Secretär: Heerwagen.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 31. März 1892.

Zum Protokoll der vorigen Sitzung theilt Herr Tiling mit, dass auch er bestrebt gewesen ist, den Gebrauch des Chloroform's bei Laparotomien nach Möglichkeit einzuschränken; er hat bereits eine Reihe solcher Operationen: Gastrostomien, Darmresectionen, Kolostomien, Leberincisionen etc. ganz ohne Chloroform ausgeführt und sich dabei überzeugen können, dass die Bauchorgane nahezu unempfindlich sind; wenn der Bauchschnitt durch subcutane Cocaininjectionen schmerzlos gemacht worden war, gaben die Patienten selbst auf Befragen an, dass sie bei den Manipulationen an den Eingeweiden keine Schmerzen verspürten. Am Uterus und an dessen Adnexen hat T. auf diese Weise nicht operirt, weshalb er über die Nothwendigkeit des Chloroforms bei gynaekologischen Laparotomien kein Urtheil abgeben will; bei den oben genannten Operationen aber möchte er das Chloroform gar nicht anwenden, wofern die Bauchorgane nicht durch Peritonitis hochgradig empfindlich geworden sind. Das Aussehen der ohne Chloroform Operirten ist nach der Operation ein unvergleichlich besseres, der Puls ist besser, es tritt kein Erbrechen ein, — Vortheile, die vom grössten Werthe sind.

1. Herr Anders demonstrirt einen Stützapparat aus mit Schellak getränktem Filz, den er für eine Coxitis-Kranke nach dem früher im Verein mitgetheilten Verfahren hergestellt hat.

2. Herr Kernig spricht zur Behandlung der Angina pectoris:

Vortr. constatirt, dass dieses Leiden, wenigstens hier zu Lande, bei älteren Männern viel häufiger ist, als nach den Angaben der Handbücher angenommen werden könnte; dieses häufige Vorkommen hängt gewiss mit der grossen Verbreitung der Arteriosklerose zusammen, indem die typische Angina pectoris, von welcher natürlich alle neurasthenischen und hysterischen Herzbeklemmungen auszuscheiden sind, wohl sicher auf Sklerose der Coronararterien des Herzens beruht. Die schweren, stundenlangen Anfälle von Angina pectoris sind wahrscheinlich auf thrombotische oder embolische Vorgänge in den genannten Arterien zurückzuführen. K. hat zweimal Gelegenheit gehabt, diese Vermuthung durch die Section bestätigt zu sehen: in beiden Fällen war bald nach einem schweren Anfalle plötzlicher Tod erfolgt und wurde eine umschriebene Erweichung des Herzmuskels (thrombotischer oder embolischer Natur) mit beginnender Demarcation des Herdes gefunden. Für eine solche Entstehung der Anfälle spricht auch die klinische Erfahrung, dass, wie K. beobachtet hat, in einzelnen Fällen in den nächsten Tagen nach dem Anfalle perikarditische Erscheinungen auftreten, welche durch einen bis an das Perikard reichenden Erweichungsherd erklärt werden können. Sind diese Voraussetzungen richtig, so ergiebt sich für die Therapie die unabweisliche Forderung, solche Kranke während, — was selbstverständlich ist, — und nach dem Anfalle absolute Ruhe einhalten zu lassen, und zwar so lange (etwa 2 Wochen), dass der Herd im Herzmuskel Zeit hat, zu vernarben; K. räth sehr dringend, diese Forderung der absoluten Ruhe auch dann aufrecht zu erhalten, wenn Pat. sich nach dem Anfalle subjectiv ganz wohl fühlt und einen guten Puls hat. Jedenfalls schwebt ein solcher Kranker in der dem Anfalle unmittelbar folgenden Zeit in sehr grosser Gefahr und ist zu hoffen, dass diese Gefahr bei strenger Einhaltung der Ruhe und sorgsamer Vermeidung jeder unnützen Herzarbeit durch Vernarbung des erweichten Herzfleisches vorübergehen kann. In mehreren sehr schweren Fällen, welche K. nach dieser Regel behandelte, hat er keinen weiteren Anfall eintreten sehen (in einem Falle bereits seit 4 Jahren kein Anfall). Die Kranken haben ferner auch zu solchen Zeiten, in denen die Anfälle erfahrungsgemäss gehäuft eintreten, sich zu schonen und besonders das Gehen auf der Strasse in schwerer Kleidung absolut zu vermeiden; bei den ersten Anzeichen des Anfalles sollen sie sich sofort ruhig verhalten resp. hinlegen; wenn der Anfall auf der Strasse beginnt, sofort nach Hause fahren, ja nicht versuchen weiter zu gehen. Dahingegen will K. den Werth einer regelmässigen und rationellen Bewegung in der anfallsfreien Zeit nicht unterschätzen.

Herr Moritz hält nicht die Sklerose der Coronararterien als solche für die eigentliche Ursache der Angina pectoris, sondern vielmehr die durch die Sklerose bedingte Verengerung des Lumens dieser Arterien, welche zu plötzlichen lebensgefährlichen Circulationsstörungen in lebenswichtigen Partien des Herzens führen kann. M. hat mehrere Fälle beobachtet und drei secirt, in welchen eine solche Verengerung der Coronararterien als Ursache eines plötzlichen Todes nachzuweisen war, ohne andere erkennbare Veränderung am Herzen. Die Fälle betrafen Männer aus den gebildeten Ständen, welche sehr muskelstark und kräftig waren, aber wenig Gelegenheit zu körperlicher Arbeit dagegen eine anstrengende geistige Thätigkeit hatten. Dieselben waren anscheinend gesund gewesen, hatten keine grösseren Störungen der Herzthätigkeit (keine Arythmie, keine Stauungen, keine Dyspnoe) gezeigt, manchmal aber Schmerz- und Angstanfälle cardialer Natur gehabt, und zwar einige mit gleichzeitigem Schwindel resp. Ohnmachtsgefühl; letzteres Symptom scheint M. eine besonders ungünstige Bedeutung zu haben, so dass eine Combination des substernalen Schmerzes mit Schwindel ihn veranlasst, die Angehörigen auf die Möglichkeit plötzlichen Todes aufmerksam zu machen. Hält man solchen Fällen die grosse Zahl der mit allgemeiner und auch mit Coronar-Sklerose behafteten Männer aus der körperlich arbeitenden Klasse gegenüber, bei welchen die Angina pectoris und der Coronar-Tod eine Seltenheit sind, so kommt man zu der Annahme, dass die Körperarbeit und die damit verbundene gleichmässig und andauernd gesteigerte Herzthätigkeit einer verhängnissvollen Verengerung der sklerotischen Coronararterien entgegenwirke. Daraus aber ergiebt sich für die Therapie die Folgerung, dass bei Verdacht auf Coronarsklerose, im Frühstadium der Angina pectoris und in der anfallfreien Zeit regelmässige und rationelle Körperbewegung durchaus indicirt und nothwendig ist. Wenn es somit auch unbedingt nöthig ist, den Pat. gleich nach dem Anfalle Ruhe einhalten zu lassen, so ist diese Ruhezeit nicht zu lange auszudehnen und bei Zeiten mit Bewegung anzufangen; selbstverständlich ist dabei Vorsicht zu beobachten und haben die Pat. solche Bewegungen, welche ihnen erfahrungsgemäss nicht zuträglich sind (z. B. das forcirte Gehen nach dem Essen, in schwerer Kleidung etc.), durchaus zu meiden.

3. Herr Kernig spricht über Hypostasen in den Lungen und erinnert an das oft unerwartet frühe und schnelle Auftreten derselben namentlich bei älteren Leuten, die wegen irgend einer acuten Krankheit dauernd die Rückenlage einnehmen. Vortr. hat dieses besonders bei Typhlitis, Peritonitis, Gallensteinkolik incarcerirten Hernien etc. gesehen, warnt daher auch bei diesen Zuständen vor der permanenten Rückenlage und räth, soweit dieses möglich, zu häufiger Untersuchung der Lungen solcher Kranker. Bei veränderter Körperlage können schon beginnende Hypostasen rasch und spurlos wieder schwinden.

Herr Tiling bemerkt, dass es auch bei den Chirurgen Regel sei, den Kranken, besonders wenn er schon älter ist, unter keinen Umständen tagelang auf dem Rücken liegen zu lassen. Manche, an sich nicht schwere Erkrankungen und Verletzungen, wie z. B. die Fractura colli femoris können durch Lungenhypostasen tödtlich werden.

Herr v. Schroeder führt an, dass auch die Augenärzte ältere Patienten nach Cataract-Extraction etc. nicht länger als 12 Stunden platt auf dem Rücken liegen lassen, um Lungenhypostasen vorzubeugen. Secretär: E. Blessig.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— In der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien am 12. Februar stellte Prof. Albert eine Patientin vor mit einem Epitheliom an der Nasenwurzel und am linken Augenlide, welche von Professor Adamkiewicz seit Wochen mi dessen Geheimmittel behandelt worden war. Albert findet bei der demonstrirten Kranken keine Spur irgend einer

Veränderung, welche als Folge der durchgeführten Behandlung angesehen werden könnte. Das Auftreten einer gewissen Menge dünnflüssigen Eiters auf der Oberfläche des Neoplasmas, von Adamkiewicz als Reaction gedeutet, erklärt Albert als Conjunctivalsecret, das von der entzündeten Conjunctiva herabgeflossen ist. Die Röthung in der Umgebung des Carcinoms ist nach Albert und Kaposi als typisches Erysipel zu deuten. Zum Schluss der Demonstration bat Albert Prof. Adamkiewicz zu veranlassen die in Behandlung erhaltenen Fälle vor Beginn derselben der Gesellschaft vorzustellen.

Vermischtes.

— Der Professor der pathologischen Anatomie an dem klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna, Dr. M. J. Afanasjew, ist auf den Lehrstuhl der inneren Medicin übergeführt worden.

— Der Privatdocent der Universität Kiew, Dr. I. S. Popowski — ist zum ausserordentlichen Professor der operativen Chirurgie an der Universität Tomsk ernannt worden.

— Der Oberarzt der Jausaschen Abtheilung des Arbeiterhospitals in Moskau, Staatsrath Dr. N. A. Berensohn, hat seinen Abschied genommen. Die Moskauer Stadtduma hat beschlossen. ihm den Dank der Stadverwaltung für seinen langjährigen Dienst auszudrücken.

— Aus St. Petersburg haben sich wieder 2 Partien von Studenten des letzten Cursus der militär-medicinischen Akademie zur Hülfeleistung in die von der Hungersnoth und epidemischen Krankheiten heimgesuchten Gouvernements begeben, und zwar die eine aus 8 Mann bestehende nach Nishni-Nowgorod, die zweite, bestehend aus 5 Mann, nach Ssamara.

— Der Flecktyphus macht in den von der Hungersnoth heimgesuchten Gegenden Russlands immer grössere Fortschritte. Im Kasanschen Kreise haben in Folge der dort grassirenden Typhusepidemie von den 86 Landschaftsschulen bereits 22 geschlossen werden müssen. In Astrachan und in vielen an der Wolga belegenen Städten herrscht bereits seit dem Anfang dieses Jahres der Flecktyphus; es steht daher zu befürchten, dass mit Eröffnung der Navigation der Typhus auch in die bis jetzt verschont gebliebenen Gegenden der Wolga verschleppt werden wird, falls nicht energische Maassregeln zur Verhütung der Verschleppung ergriffen werden.

— Im Gouvernement Orel sind, wie die örtliche Zeitung berichtet, die dortigen Aerzte Arshanikow, Rohstein, Schneider, Scheljachowski und Lewschin am Flecktyphus erkrankt.

— Aus der ersten Gruppe der Studirenden der militär-medicinischen Academie, welche sich im März-Monat zur Hülfeleistung in's Ssamarasche Gouvernement begaben, ist bereits der Student Bary (ein Sohn des hiesigen Arztes gleichen Namens) noch vor Erreichung des Bestimmungsortes am Flecktyphus erkrankt.

— Dr. J. J. Lebedinski, Ordinator am Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg, hat sich mit Genehmigung der Conferenz der militär-medicinischen Academie als Privatdocent für Kinderkrankheiten an der genannten Akademie habilitirt.

— Verstorben: 1) In Moskau am 16. April der Militär-Medicinalinspector des dortigen Militärbezirks Geheimrath Dr. Nicolai Dobrjakow im 61. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, welcher seine med. Ausbildung in der medico-chirurgischen Academie erhalten hatte, war bekannt als ein herzensguter Mensch und ausgezeichneter College. Ihm verdankt die Stadt Moskau die Gründung der unentgeltlichen «Heilanstalt der Militärärzte». D. ist auch mehrfach literärisch thätig gewesen («Ueber Diabetes»; «Ueber Lyssa»). 2) Der Landschaftsarzt E. Rodionow am Flecktyphus. Er hat seine Frau ganz mittellos hinterlassen. 3) Im Gouv. Wolhynien der Landarzt P. A. Michalewitsch im 34. Lebensjahre am Flecktyphus. 4) Am 1. März in Lgow (Gouv. Kursk) der noch junge Arzt D. G. Uspenski an Tuberculose. 5) In Leipzig der ausgezeichnete Anatom Prof. Dr. Braune im 60. Lebensjahre.

— Prof. Dr. Robert Koch, Director des Berliner Instituts für Infectionskrankheiten, welcher in der preussischen Armee als Generalarzt II. Classe à la suite des Sanitätscorps gezählt wurde, ist zum Generalarzt I. Classe befördert worden.

— Prof. Dr. Walter Heineke beging am 1. Mai d. J. das 25jährige Jubiläum als Professor und Director der chirurgischen Klinik in Erlangen, bei welcher Gelegenheit demselben von seinen Schülern und Verehrern Ovationen bereitet wurden.

— Dr. Kitasato, einem der hervorragendsten Schüler Prof. Koch's und langjährigem Assistenten desselben, ist, wie die «Allg. m. C.-Ztg.» mittheilt, bei seinem Scheiden aus Berlin der preussische Professortitel verliehen worden. Derselbe übernimmt, wie wir bereits berichtet haben, die Leitung eines in Tokio zu errichtenden Instituts für Infectionskrankheiten.

— Einer unserer Landsleute, Dr. Julius Moritz in Berlin, welcher bereits einige Zeit als technischer Hilfsarbeiter im Kais.-Deutschen Gesundheitsamt etatmässig fungirt, ist soeben zum Kaiserlichen Regierungsrath und ordentlichen Mitgliede des genannten Gesundheitsamtes ernannt worden. Dr. Jul. Moritz (ein Bruder des hiesigen Oberarztes des deutschen Alexanderhospitals Dr. E. Moritz) hat kurze Zeit in Dorpat studirt, darauf seine Studien in Heidelberg fortgesetzt, wo er zum Dr. chem. promovirt wurde.

— Als Leiter für die bei der Universität Insbruck zu errichtenden Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten ist der bekannte Warschauer Laryngologe Dr. Heryng in Aussicht genommen.

— Zwei Tageblätter — der «Grashdanin» und die «Moskowskija Wjedomosti» — haben sich nicht entblödet, in ihren Spalten anonyme Zuschriften zu veröffentlichen, in welchen die Ssaratowschen Aerzte wegen ihres mannhaften Auftretens gegen den Landschaftspräsidenten Krapotkin mit Schmutz beworfen und als Intriguanten, ja fast als politisch Verdächtige hingestellt werden.

Gegenüber diesen Versuchen, einen Schatten auf die mannhafte Handlungsweise der Ssaratowschen Aerzte zu werfen, ist es erfreulich constatiren zu können, dass den Letzteren die moralische Unterstützung der Collegen in reichem Maasse zu Theil wird. Ausser den von uns bereits früher erwähnten Beschlüssen des hiesigen ärztlichen Rechtsschutzvereins, der Ssaratower Abtheilung desselben und des Ssaratower Sanitätsvereins in dieser Angelegenheit, sind noch von den Gesellschaften der Astrachanschen, der Kalugaschen, der Simbirsk'schen Aerzte, der Kostromaschen Abtheilung des ärztl. Rechtsschutzvereins, sowie von 8 Landschaftsärzten des Usman'schen Kreises schriftliche Kundgebungen den Ssaratowschen Landschaftsärzten zugegangen, in welchen denselben einmüthig die volle und innige Sympathie der Collegen ausgedrückt und deren Handlungsweise als mit der ärztlichen Würde vereinbar bedingungslos gutgeheissen wird.

— In Brüssel wird ein internationaler Congress von Gynäkologen und Geburtshelfern vom 14.—19. Sept. d. J. stattfinden. Mit demselben wird eine Ausstellung von Instrumenten und Apparaten, die auf diesen Zweig der Medicin Bezug haben, verbunden werden. Es werden alle Behörden, Stadtverwaltungen, Universitäten, Schulen und gelehrten Gesellschaften aufgefordert, sich an diesem Congress durch Delegirte zu betheiligen. Das Organisations-Comité besteht aus den Professoren Kufferath (Präsident), Debaisieux (Vicepräsident), Fraipont, Desquin und Tournay und dem Generalsecretär Dr. Jacobs. Etwaige Anfragen sind an letzteren unter der Adresse: «Monsieur le Dr. Jacobs 12, Rue des Petits Carmes à Bruxelles» zu richten.

— Am 29. April ist Se. Exc. der Stadthauptmann von St. Petersburg General-Lieutenant Gresser nach 5tägigem schwerem Leiden in Folge septischer Gangraen beider Beine, die er sich durch subcutane Injection des sog. «Vitalin» zugezogen hatte, gestorben. Der in allen hiesigen Tagesblättern ausführlich mitgetheilte rapide Verlauf der Krankheit, die ihren Ausgang an den Injectionsstellen nahm, entspricht in allen seinen erschütternden Details dem bekannten Bilde jenes schrecklichen Leidens, bei welchem unsere ärztliche Kunst bisher fast vollkommen machtlos ist. Die hinzugezogenen Aerzte vermochten daher dem raschen Fortschreiten der Krankheit auch keinen Einhalt zu thun, ebensowenig wie das am letzten Lebenstage innerlich gegebene, wohl aus Verzweiflung an der Hülfe aller sonstiger Mittel von den Verwandten in Anwendung gebrachte «Vitalin». — Es ist ein tragisches Geschick, dass unser Stadthauptmann, der durch seinen klaren Blick für die sanitären Bedürfnisse unserer Stadt, seine ungewöhnliche Energie und unermüdliche Arbeitskraft die sanitären Verhältnisse St. Petersburgs auf eine noch nie erreichte Höhe gebracht und sich damit ein bleibendes Denkmal gesetzt hat, in der Fülle seiner Kraft durch das Geheimmittel einer Curpfuschers zu Grunde gehen musste und nur zu verständlich ist der allgemeine Unwille gegen das unter dem Patronate einiger gläubiger Clienten fortgesetzte schädliche Treiben dieser Leute, dem wir auch diesen schweren Verlust zu danken haben. Es soll übrigens nicht der erste sein, der dem Erfinder des famosen «Vitalin», Gaczkowski, zur Last fällt, da die Tagesblätter bereits am 26. April den in Folge von Vitalineinspritzungen erfolgten Tod des Generalmajors K. P. Baranow meldeten. Vor weiteren Opfern des Mittels oder seines Erfinders wird die Gesellschaft nun znnächst wohl geschützt sein, da am 27. April bei Gaczkowski eine Haussuchung stattgefunden hat und ihm sein Vitalin nebst allem Handwerksgeräth zur Bereitung und Anwendung desselben abgenommen worden ist; von einer Arretirung ist indessen noch nichts zu hören. Das Mittel soll nun gerichtlich untersucht werden, um festzustellen, ob es in der That die vom Erfinder angegebene Lösung 30 pCt. Borax in Glycerin darstellt oder noch andere

schädliche Stoffe enthält. Als sich die Kunde von dem neuen alle Krankheiten heilenden Mittel bei uns verbreitete, glaubten viele, dass es sich um eines der bekannten, bei den Chinesen hochgeschätzten, aus jungem, noch weichem Hirschgeweih oder der Wurzel Shin-Tscheng bereiteten Lebenselixire (auch angeblich Aphrodisiaka) handle, da Gaczkowski, wie verlautete, an der chinesischen Grenze gelebt haben sollte. Jetzt hat letzterer angesichts des angerichteten Unheils und der von ihm geforderten Rechenschaft obige Zusammensetzung des Mittels angegeben, wonach dasselbe, wenn die Angabe sich als richtig erweist, allerdings als bei vorsichtiger Anwendung ungefährlich erscheint, aber auch als aller der gerühmten, heilenden Eigenschaften entbehrend, da wohl Niemand jene Boraxlösung als Lebenselixir ansehen dürfte. Das ganze durch den Nimbus des Geheimnisses getragene Unternehmen erweist sich durch dieses Geständniss als Schwindel der einfachsten Art. Ob allerdings dasselbe ungefährliche Mittel beim verstorbenen Stadthauptmann angewandt worden ist, wird ja wohl die gerichtliche Untersuchung lehren: bestätigt sie es, so wird man als Quelle der Infection die Verunreinigung der Injectionsspritze oder jener Lösung mit septischen Stoffen anzunehmen haben. Wie weit diese Gaczkowski zur Last gelegt werden kann, wird sich ebenfalls erweisen; wie man hört, soll es in seiner Wohnung, wie auch bei Anwendung des Mittels recht unsauber hergegangen sein und von einer Desinfection der Spritze für die verschiedenen Kranken nicht die Rede gewesen sein, wie das ja auch nicht anders bei einem solchen Curpfuscher zu erwarten ist.

Welche Resultate aber die gerichtliche Untersuchung zu Tage fördern mag bezüglich der Schuld Gaczkowski's am Tode unseres verehrten Stadthauptmanns, ein Gutes wird sie hoffentlich zur Folge haben, dass über das Verfahren dieses Curpfuschers ein Licht verbreitet wird, das unsere zu leichtgläubige Gesellschaft über die gewissenlose Art, wie solche Leute handeln, aufklären und auch auf die vielen anderen, bei uns noch vorhandenen und leider viel besuchten Curpfuscher ein Streiflicht werfen wird, das ihnen in der Ausübung ihres dunklen Handwerks schaden wird. Wann endlich wird es Leuten, wie Gaczkowski, Baron Wrewski und ähnlichen verboten werden die leichtgläubigen und unwissenden Mitglieder unserer Gesellschaft an Leben und Gesundheit zu schädigen?

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 12. Mai.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 4. Mai.

Дозв. ценз. Спб. 2 Мая 1892 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER **Neue Folge IX. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 19 St. Petersburg, 9. (21.) Mai **1892**

Zwei mit Syzygium Jambolanum behandelte Fälle von Diabetes mellitus.

Vortrag, gehalten in der Dorpater medicinischen Gesellschaft am 19. Februar 1892,

von

Dr. Wold. Gerlach.

Assistent der Univ.-Abtheilung des Dorpater Bezirkshospitals.

Durch die Liebenswürdigkeit von Prof. Dehio bin ich in der Lage Ihnen, m. H., über zwei in der Universitätsabtheilung des hiesigen Bezirkshospitales mit Syzygium Jambolanum behandelte Diabetesfälle leichter Form zu berichten. Diese zwei Fälle sind für uns insofern von Interesse, als sie auf keine Weise den hochgespannten Erwartungen gerecht werden, welche man nach den bisher veröffentlichten Mittheilungen über die anti-diabetische Wirkung des Jambul zu hegen geneigt ist. Hat sich doch z. B. Binz[1]) auf der 62. Versammlung der deutschen Naturforscher und Aerzte in Heidelberg in Bezug auf dieses Mittel dahin geäussert, dass in Anbetracht der Untersuchungen von Gräser und der ausserhalb Deutschlands bereits an Menschen angestellten Versuche ein Zweifel über die Heilkraft des Jambul gegen Zuckerharnruhr nicht mehr obwalten könne.

Beide Fälle bieten übrigens, als Krankheitsfälle genommen, nichts dar, was nicht bereits in ausgedehntem Maasse bekannt wäre und ich kann mich daher darauf beschränken nur das Nothwendigste daraus und zwar blos in aller Kürze hier anzuführen.

Der erste Fall betrifft eine 58jährige Jüdin I. C aus Lithauen, welche verheirathet ist und deren letztgeborene Kinder leben und angeblich gesund sind. Vor etwa anderthalb Jahren bemerkte die im Uebrigen noch sehr rüstige Patientin eine starke Abnahme ihrer Körperfülle, welche von allgemeinem Schwächegefühle begleitet wurde. Hierzu gesellte sich sehr bald ein vermehrter Durst und Polyurie, als deren Ursache in Riga eine bestehende Zuckerharnruhr erkannt und erfolgreich mit entsprechender Diät behandelt wurde. Zum früheren Leben zurückgekehrt hielt Patientin jedoch nur 4—5 Monate bei der vorgeschriebenen Kost aus und fing an, zum Theil von der Hoffnung gewiegt bereits genesen zu sein, Alles ohne Auswahl zu geniessen. Die Folgen dieser Unvorsichtigkeit liessen nicht lange auf sich warten, so dass Patientin sich genöthigt sah, von Neuem ärztliche Hülfe in Anspruch zu nehmen.

Bei der objectiven Untersuchung finden sich an ihren inneren Organen keinerlei nennenswerthe Veränderungen und nur die Nieren scheinen leicht angegriffen zu sein, da sich im Urine Spuren von Eiweiss, allerdings blos durch die Blutlaugensalzprobe, erkennen lassen. Ausserdem aber zeigt der Harn, der von charakteristischem hellem und klarem Aussehn, dabei von hohem specifischem Gewichte ist, bei der chemischen Untersuchung reichliche Mengen von Zucker und zwar am ersten Tage 4,6 pCt. Polyurie fehlte bei der Aufnahme der Patientin und stellte sich auch später im Laufe der Beobachtung nicht ein, so dass der tägliche Verlust an Zucker als höchsten Werth bloss 95 Gramm erreichte. Aceton und Acetessigsäure liessen sich bei der groben Prüfung nicht nachweisen.

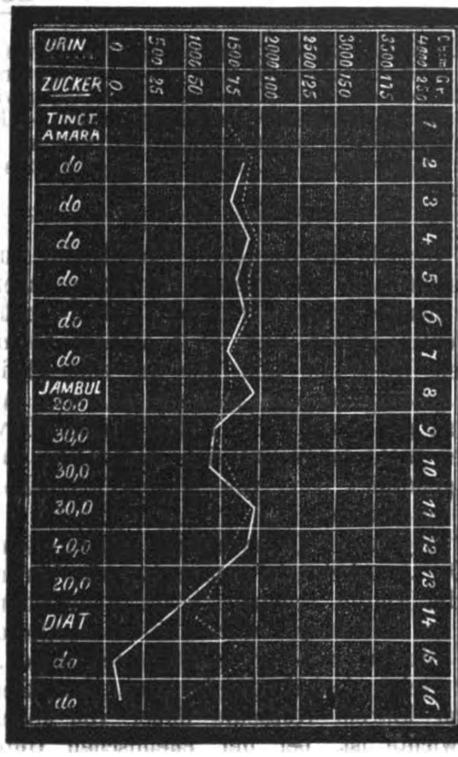
Da es nun beschlossen worden war, hier die Wirkung der Jambulfrucht zu beobachten, so bestimmte ich täglich die im gewissenhaft gesammelten Harne ausgeschiedene Zuckermenge nach zwei Methoden und zwar einerseits durch Titrirung mit der Fehling'schen Lösung und andererseits mit dem Saccharometer von Fiebig, welcher übrigens so unpräcise Resultate ergab, dass ich mich nur an die mittelst Titrirung gewonnenen Zahlen halten werde. Als ganz unbrauchbar soll jedoch hiermit der Gährungssaccharometer nicht hingestellt werden, denn wenn man von einzelnen ganz unerwarteten Schwankungen absieht, so ist der Gesammteindruck, den man durch die Angaben des Apparates in Bezug auf Art und Weise der Zuckerausscheidung erhält, ein für die ärztliche Praxis genügender, und da die Handhabung desselben eine sehr ein-

[1]) Therapeutische Monatshefte, 1889.

fache ist, so kann man sehr wohl die Patienten anstellen, ihren Harn selbst zu untersuchen.

Was nun die Versuchsanordnung während der Jambulbehandlung anbelangt, so durfte die Patientin die erste Woche essen, was sie wollte; die zweite Woche hindurch wurde bei gleichbleibender Diät Jambul gereicht und zwar im Laufe eines Tages 20 bis 40 Gramm der in toto pulverisirten Frucht; endlich wurde drei Tage vor der Entlassung aus der Behandlung eine absolute Entziehung aller Kohlehydrate durchgeführt und an Stelle des Syzygium Tinctura amara verabfolgt. Nicht unerwähnt kann ich übrigens den Umstand lassen, dass die Kranke, welche bereits schlimme Erfahrungen mit dem Nichteinhalten der verordneten Diät gemacht hatte, recht mässig und etwas ängstlich in ihrem Essen war und keine grösseren Mengen von Kohlehydraten zu sich nahm.

Die Ergebnisse der täglichen quantitativen Zuckerbestimmungen im Harne der G. lassen sich am Besten an der Hand einer Curve überblicken, welche ich so gezeichnet habe, dass der weisse Strich die tägliche Zuckermenge in Grammen, die punctirte Linie aber die tägliche Urinmenge in Cubikcentimetern angiebt.



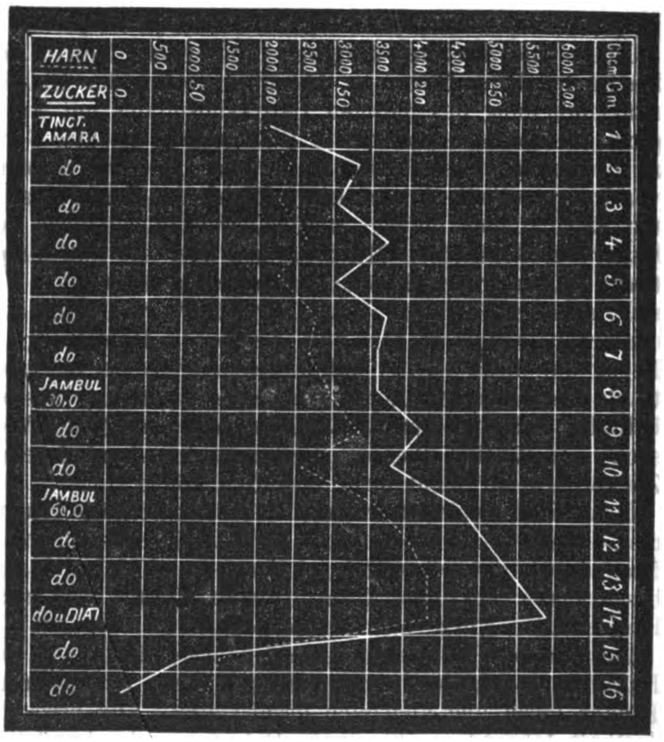
Wir finden auf diese Weise die Zuckerausscheidung in den ersten Tagen als eine sehr gleichmässige; sie schwankt bloss zwischen 80,0 und 86,4 Gramm pro die und es beträgt der Verlust des Körpers an Zucker durch den Harn in der ersten Woche durchschnittlich 84,0 Gramm im Laufe eines Tages. Mit der Darreichung des Syzygium Jambolanum treten zwar stärkere Schwankungen in der täglichen Zuckerausscheidung ein, als in der vorangegangenen Zeit, so dass wir Werthe von 70 bis 95 Gramm antreffen; berechnen wir jedoch auch hier den Durchschnitt, so ergeben sich unter der Jambulbehandlung bloss 3 Gramm Ersparniss an Zucker gegenüber der vorhergehenden Periode und es brachte erst die vollkommene Entziehung aller Kohlehydrate einen deutlichen Umschlag zum Besseren, indem im Urine schliesslich bloss 9—12 Gramm Zucker im Laufe von 24 Stunden ausgeschieden wurden.

Wir haben es also im gegebenen Falle mit einer leichten Form des Diabetes mellitus ohne Polyurie und ohne Polyphagie zu thun, bei dem trotz mässiger Nahrungsaufnahme während des Gebrauches von Syzygium Jambolanum keine Besserung auftrat, obwohl der Fall an sich besserungsfähig war.

Der zweite Fall betrifft einen estnischen 39 Jahre alten Schullehrer, J. S., der gleichfalls verheirathet ist und gesunde Kinder hat. Die ersten Symptome der gegenwärtigen Krankheit bemerkte Patient im Juni 1891, als er so schwach wurde, dass die geringfügigste Anstrengung ihn rasch erschöpfte. Im September stellte sich ein auffallendes Hunger- und Durstgefühl ein, in deren Gefolge sich auch eine stark vermehrte Diurese bemerkbar machte.

Weder an den Brust- noch an den Bauchorganen fanden sich bei der objectiven Untersuchung pathologische Veränderungen vor. Der Urin hell, nicht auffallend vermehrt, von sehr hohem specifischem Gewicht: 1039, giebt eine deutliche Zuckerreaction und mittelst Fehling'scher Lösung lassen sich 5,5 pCt. an Traubenzuckergehalt nachweisen. Im Laufe der Behandlung bildete sich zu dem noch eine deutliche Polyurie aus, so dass schliesslich die tägliche Einbusse des Körpers an Zucker durch den Harn als Maximalwerth 297 Gramm erreichte. Der Grund davon wird wohl darin zu suchen sein, dass Patient seinen Essgelüsten durchaus keinen Zwang auferlegte und möglicher Weise im Vertrauen auf das «neue» Mittel ausser der an sich schon sehr kohlehydratreichen Hospitalsnahrung noch ½ Pfund Brot und Schinken verzehrte. Selbst wenn wir ihm Glauben schenken, dass er in der That nicht noch mehr gegessen hatte, als er angegeben, so entspricht dieses Quantum Brot nach den Jürgensen'schen [2]) Tabellen einem Mehr von über 100 Gramm Kohlehydraten, was nothwendigerweise seinen Zustand verschlimmern musste. Aceton und Acetessigsäure liessen sich auch bei diesem Manne nicht nachweisen.

Die Versuchsanordnung war hier dieselbe wie bei der Jüdin, nur mit dem Unterschiede, dass der Schullehrer auch nach Entziehung der Kohlehydrate das Jambul noch weiterhin einnahm und zwar in Tagesgaben von 30 bis 60 Gramm, so dass der Gesammtverbrauch des Mittels 450 Gramm ausmacht.



Auch hier thut man am Besten, den Verlauf der Zuckerausscheidung auf die schon früher angegebene Weise in einer Curve zu vergegenwärtigen. Wir sehen

[2]) Procentische chemische Zusammensetzung der Nahrungsmittel des Menschen. Berlin 1888.

dann in der ersten Woche — vom ersten Tage will ich absehen, weil Patient sich noch nicht gewöhnt hatte seinen Harn zu sammeln — die täglich ausgeschiedene Zuckermenge zwischen 150,0 und 186,5 Gramm schwanken, oder durchschnittlich im Laufe von 24 Stunden 172,0 Gramm betragen. Mit der Darreichung von Jambul heben sich die Zahlen stetig in geradezu erschreckendem Maasse von 196,0 bis 297,5 Gramm Zucker pro die. Zugleich müssen wir eine beträchtliche Polyurie — bis 4250 Cbcm. Tagesmenge — verzeichnen. Hierdurch wird der tägliche Zuckerverlust auf einen Durchschnitt von 246 Gramm gesteigert, also 74 Gramm Zucker mehr, als in der Jambul-freien Zeit! Eine absolute Entziehung aller Kohlehydrate beseitigte dagegen auch hier im Laufe von 2 Tagen die Polyurie und beschränkte den Zuckerverlust durch die letzte 24stündige Tagesharnmenge auf bloss 4,62 Gramm

In Bezug auf diese zweite Beobachtung wäre nun zu bemerken, dass der Fall J. S. ein leichter und besserungsfähiger Diabetes mellitus ist, der in Folge einer unvernünftigen Nahrungszufuhr trotz eingeleiteter Jambulbehandlung einer unzweifelhaften Verschlimmerung anheim gefallen war.

Es konnte also in unseren beiden Fällen selbst durch grosse Mengen von Syzygium Jambolanum, weder bei mässiger Lebensweise die an sich bereits geringe Zuckerausscheidung herabgesetzt, noch die Folgen einer unmässigen Kohlehydratzufuhr paralysirt werden, und wir müssen uns daher in Bezug auf Empfehlung dieses neuen Mittels eine gewisse Reserve auferlegen, um den Patienten eine unnöthige Enttäuschung zu ersparen. Einen Vorzug hat übrigens das Jambul: das ist seine grosse Ungefährlichkeit, denn selbst 60 Gramm des gepulverten Samens erzeugten beim Schulmeister nur vorübergehend Uebelkeit und leichten Schwindel.

Wenn es nun ausserdem noch einen eigenthümlichen Eindruck ausübt, wenn man liest, dass der eine Beobachter[3]) bereits mit 0,12 Gramm 3 Mal täglich eine günstige Beeinflussung des Diabetes mellitus erzielt haben will, ein Anderer[4]) jedoch bereits 30 Gramm täglich verbrauchen lassen musste, um denselben Zweck zu erreichen, so will ich trotzdem hiermit nicht sofort den Stab über das Syzygium Jambolanum gebrochen haben. Ueberblicken wir nämlich die Resultate einiger neuer Arbeiten, welche die Entstehung des Diabetes mellitus zu klären suchen, so finden wir, dass jedenfalls mehrere genetisch verschiedene Diabetesformen anzunehmen sind. So möchte ich zunächst auf den experimentellen Phlorizindiabetes[5]) hinweisen, welcher offenbar durch eine gewisse Nierenläsion erzeugt wird, welche dieses Organ für Zucker durchlässiger macht. Letztere Annahme wird gestützt durch folgendes Experiment. Das Blut ist bei dieser Form zuckerärmer als im gesunden Zustande; schaltet man jedoch die Nierenthätigkeit aus, so steigt sofort der Zuckergehalt des Blutes. Gerade bei dieser Form hat Graeser,[6]) der das Jambul aus Java mitgebracht hatte und experimentell untersuchte, die günstige Einwirkung genannter Drogue nachweisen können, da das Syzygium Jambolanum die Zuckerausscheidung bei den Versuchsthieren um die Hälfte, häufig aber sogar um neun Zehntel verringerte.

Eine ganz andere Form stellt der Diabetes dar, der nach totaler Pankreasexstirpation bei gewissen Thieren erzeugt werden kann. Die Erkrankung ist in solchen Fällen stets eine schwere und man kann hier immer Aceton im Harne nachweisen. Bleibt jedoch nicht mehr als ein Zehntel der Bauchspeicheldrüse dem Organismus erhalten, selbst wenn es extraperitoneal implantirt wird, so ist die Diabetesform eine leichte, d. h. bloss eine bei Kohlehydratzufuhr auftretende. Bleibt noch mehr Pankreas im Körper, so tritt eine Zuckerausscheidung durch den Harn überhaupt nicht ein. Hier findet im Gegensatze zu der Phlorizinform eine Vermehrung des Blutzuckergehaltes statt. Ein fernerer Unterschied besteht zwischen diesen beiden Formen darin, dass der Pankreasdiabetes bei Vögeln nicht zu erzeugen ist, wohl aber unterliegen diese der Phlorizinwirkung. Endlich wird der Pankreasdiabetes durch das Phlorizin noch gesteigert. Auf welche Weise der Diabetes bei diesen von Minkowski[7]) ausgeführten Experimenten entstehe, lässt dieser als offene Frage dahingestellt.

An der Beantwortung der letzteren hat sich nun neuerdings Lépine[8]) versucht, indem er sich unter Anderem auch auf die interessante Thatsache stützt, dass das Pankreasparenchym sich nicht um die Drüsengänge, sondern um die Blutgefässe herum anordnet[9]). Ohne auf weitere Einzelheiten einzugehen, will ich über die Arbeit bloss erwähnen, dass der genannte Autor annimmt, es scheide das Pankreas ein glykolytisches Ferment aus, welches direct in's Blut übergeht und daselbst sowohl den Zucker zersetzt, als auch die Spaltung desselben in den Geweben begünstigt. So komme es nach der Pankreasexstirpation zu einer Zuckeranstauung im Blute und als Folge davon zu der Zuckerharnruhr. Zugleich soll in der Leber das Glykogen in verstärktem Maasse zerfallen.

Ueberträgt man nun diese Ergebnisse der neueren Diabetesforschung vom Thiere auf den Menschen, so kann man den Gedanken nicht von der Hand weisen, dass möglicherweise auch bloss diejenige Form des Diabetes, an welcher unsere beiden Patienten litten, für die Jambulbehandlung ungeeignet war und die Veranlassung zu dem Misserfolge der eingeschlagenen Therapie bildete, während in anderen Fällen und Formen eine günstige Wirkung des Mittels wohl denkbar ist. Experimentell ist nämlich für das Syzygium Jambolanum bisher ausser einer günstigen Einwirkung auf den Phlorizindiabetes in neuerer Zeit nur noch eine hemmende Einwirkung auf die zuckerbildende Kraft des Blutes, Speichels und des Pankreassaftes festgestellt worden[10]).

Ich verdanke einer mündlichen Mittheilung von Prof. Kobert die Kenntniss eines ferneren Umstandes, der die Erfolglosigkeit der Therapie in unseren beiden Fällen erklären könnte: wir verabreichten nämlich die Semina Syzygii Jambolani, während Prof. Kobert das von B. Kühn 36, St. Mary-at-Hill, London bezogene Extract der ganzen Frucht einmal mit gutem Erfolge angewandt hatte. Vielleicht ist somit das wirksame Princip des Mittels nicht in den Saamen, sondern in den übrigen Theilen der Frucht enthalten. cf. auch Krohl: Zur Kenntniss der Oxalsäure und einiger Derivate derselben. (Arbeit. des pharmakol. Instit. in Dorpat. VII).

Luxation der Clavicula nach vorne. — Luxation des Radius nach aussen.

Casuistische Mittheilungen

von
Dr. Ernst Etzold
in Quellenstein (Livland).

I. Luxation der Clavicula nach vorne.

Henn Mörd, 18 a. n. aus Abia, ist am 18. März 1891 Mittags auf die ausgestreckte rechte Hand gefallen (ausserdem Contusion des rechten oberen Orbitalrandes).

[3]) Mahomed. n. d. Centralbl. f. klin. Med. 1888.
[4]) Lewaschew. Berl. klin. Wochenschr. 1891.
[5]) v. Mering. Verhandl. des Congr. für innere Medicin. Wiesbaden 1886.
[6]) Centralbl. f. klin. Med. 1889.
[7]) Minkowski. Berl. kl. Wochenschr. Nr. 5. 1892.
[8]) Lépine. Berl. kl. Wochenschr. 1891.
[9]) Renaut. nach Lépine l. c.
[10]) Hildebrandt. Berl. kl. Wochenschr. Nr. 1. 1892.

Bei der Untersuchung am Abend fällt zuerst auf, dass Pat. den rechten Oberarm nicht bewegt, wohl aber Hand und Vorderarm. Puls beiderseits gleich, Kopf etwas nach vorn und rechts geneigt, nach rechts gedreht; rechte Schulter tiefer stehend und nach hinten gedrängt, näher am Stamme; Portio clavicularis des M. pectoralis major und der M. sterno-cleido-mastoideus rechterseits stark vorspringend. Gegend der Articulatio sterno-clavicularis dextra stark nach vorn vorragend, fällt ziemlich scharf gegen das Sternum ab. Wenn die rechte Hand auf die linke Schulter gelegt wird, so verschwindet diese Vorwölbung fast vollständig, um sofort trotz aller Retentionsversuche wiederzuerscheinen, sobald der Ellbogen nach hinten geführt wird. Dabei steht das Sternalende des rechten Schlüsselbeines nicht höher als das des linken, auch tritt es nicht auf die vordere Fläche des Brustbeines. Die Contouren der Gelenkfläche sind wegen geringer Schwellung nicht scharf zu fühlen.

Ein fester Wergknäuel wird auf das Gelenk gedrückt und der Arm so am Stamme fixirt, dass die Hand auf der linken Schulter liegt. (Um das rechte Auge sehr starke Suggillation, Augapfel nicht verletzt; vergeht unter Massage in einigen Tagen).

20. März: der Verband muss abgenommen werden, weil die beschriebene Haltung unerträglich ist; Dislocation gering.

Am 21. März werden zwei Heftpflasterstreifen, die sich über dem Manubrium sterni und Jugulum kreuzen, angelegt; dieselben drücken ein kleines festes Polster auf die Clavicula; die Schulter wird durch eine Mitella nach oben gehoben, die Hand wieder auf die linke Schulter geführt, kann aber nicht so hoch wie früher fixirt werden, weil Pat. angiebt den Druck nicht ertragen zu können. Ausserdem wird der Versuch gemacht, ein rechtsseitiges Bruchband so anzulegen, dass die Pelotte auf das Gelenk drückt, doch wird der Druck desselben bald so lästig, dass es entfernt werden muss.

24. März. Mitella gut vertragen, die Hand ruht hoch auf der Schulter, das Gelenk selbst wurde nicht besichtigt, der rechte M. sterno-cleido-mastoideus springt noch etwas vor.

5. April. Heftpflaster entfernt. Die Clavicula ist wieder nach vorn und auch etwas nach oben abgewichen, lässt sich auch beim Heben der Schulter nicht mehr reponiren. Excursionen im Sternoclaviculargelenk sind nicht sehr ausgiebig. Der Arm wird von nun an vorläufig in einer gewöhnlichen Mitella getragen und täglich einige Male geübt, da Schulter- und Ellbogengelenk anfangen etwas steif zu werden.

Am 11. März 1892 stellt sich Pat. wieder vor: Kopf etwas nach rechts geneigt, geringe Skoliose der Brustwirbelsäule mit der Convexität nach links; der innere, obere Winkel der rechten Scapula steht wie links, der äussere Winkel tiefer, ebenso das rechte Akromion, dessen Contouren etwas schärfer hervortreten. Die Clavicularportionen der Mm. pectoralis maj. und sterno-cleido-mast. springen stärker hervor, so dass die Infra- und Supraclaviculargruben vertieft erscheinen. Das Sternalende der rechten Clavicula steht tiefer und weiter nach vorn als die linke, liegt aber nicht an der Vorderfläche des Brustbeins. Heben der Arme beiderseits in gleichem Maasse ausführbar, beim Kreuzen der Arme über der Brust kein Unterschied beider Seiten wahrnehmbar, Bewegung des Armes nach hinten etwas behindert; passiv lässt sich die rechte Schulter höher heben und weiter nach vorn ziehen als die linke.

II. Luxation des Radius nach aussen.

Lisa Martin, 8 a. n. aus Tignitz, ist am 28. Juli 1890 vom Pferde auf den ausgestreckten linken Arm gefallen. Fractura radii et ulnae in der Mitte des Schaftes; das distale Fragment des Vorderarmes ist dorsalwärts gebeugt; an der Volarseite eine kleine Hautwunde (Durchstechung). Reposition, antiseptischer Verband, Dumreichers Flügelschiene. Eine Mitella kann nicht angelegt werden, da Beugung des Vorderarmes nicht möglich ist. Das Ellbogengelenk ist so geschwollen, dass nicht constatirt werden kann, um welche Luxation es sich handelt, das Olekranon steht zu den Condylen ebenso, wie auf der gesunden Seite.

29. Juli. T° 38,2, nur die unteren Lagen des Verbandes durchtränkt, Wunde reactionslos, Schwellung im Ellbogengelenk noch so stark, dass die Untersuchung unmöglich bleibt.

5. August. Schwellung hat abgenommen. Vollständige Extension und Pronation unmöglich, Flexion bis zu etwa 135° ausführbar, Supination vollständig; ausserdem lässt sich eine geringe Lateralflexion im Ellbogengelenk ausführen. Das Gelenk ist stark verbreitert, in der Ellbogenbeuge springt ein Knochenende (Rotula) ein wenig vor, Bicepssehne nicht gefühlt. Lateralwärts vom Condylus externus humeri ist das Radiusköpfchen fühlbar, die Gelenkdelle deutlich erkennbar. Reduction durch Extension und directen Druck gelingt ganz leicht. Bewegungen alle möglich, Schiene, Mitella.

24. Juli 1891. Keine Deformität zu sehen. Umfang des linken Vorderarmes 0,5 Ctm. geringer als rechts; kleine Hautnarbe an der Volarseite. Bewegungen alle frei, Pronation der Hand um etwa 20° ausgiebiger, als auf der unverletzten Seite, sonst keine Abweichung in der Beweglichkeit der Gelenke.

Referate.

G. Leubuscher: Untersuchungen über den Einfluss der Opiumalkaloide auf die Darmbewegungen. (Deutsche medic. Wochenschr. Nr. 9),

Verf. experimentirte zunächst an Thieren, und zwar an Kaninchen. Dieselben wurden durch subcutane Application von Chloralhydrat narkotisirt; in eine Halsvene wurde eine Canüle eingelegt und die Tracheotomie sodann ausgeführt. Nach Injection von Curare in die Blutbahn wurde dann die künstliche Respiration eingeleitet, das Abdomen im warmen Kochsalzbade geöffnet. Unterbricht man nun die Athmung, so tritt zugleich mit der dunkleren Färbung der Darmgefässe eine lebhafte Darmperistaltik ein, als Folge der Kohlensäureüberladung des Blutes; sobald die Respiration aufs neue eingeleitet wird, verschwindet bald wieder die Peristaltik. Nachdem Verf. sich am Versuchsthiere überzeugt hatte, dass der Darm auf Kohlensäurereizung lebhaft reagirte, injicirte er in die Vene eine bestimmte Menge des zur Prüfung bestimmten Alkaloides und bewirkte nach einigen Minuten wieder die Kohlensäurereizung. Die in dieser Weise angestellten Versuche ergaben folgende Resultate: Am intensivsten auf die Darmbewegungen wirkt Morphin. Bei Injection von 0,01 des salzsauren Salzes bleiben entweder die Darmcontractionen auf Kohlensäurereizung völlig aus oder sind doch jedenfalls bedeutend geringer, als vorher. Dem Morphin am nächsten steht das Papaverin, jedoch müssen grössere Mengen angewandt werden 0,02—0,04 Papaverini muriatici. Wesentlich schwächer wirkt das Narcotin. Narcein (0,1) und Codein (0,05) erwiesen sich als völlig unwirksam. Endlich erwies sich das Thebain als ein direct die Darmperistaltik steigerndes Mittel.

Verf. hat auch am Menschen Versuche mit den Alkaloiden angestellt, namentlich aber mit dem Papaverin. Bei Erwachsenen war das Resultat kein constantes, bald trat vorübergehende Stuhlverstopfung auf, bald aber blieb das Mittel ohne jede Wirkung, dabei war die Höhe der Dosis 0,01—03. In keinem einzigen Falle hatte das Mittel (auch in Dosen von 0,3) irgend welche üblen Nebenerscheinungen zur Folge. In keinem Falle war auch nur eine Spur von Benommenheit oder Schläfrigkeit zu constatiren. Auf Grund dieser Beobachtungen prüfte Verf. das Papaverin bei Kindern mit Durchfällen. Das Alter der Kinder, bei welchen das betreffende Alkaloid gegeben wurde, schwankte zwischen 12 Tagen und 5 Jahren. Eine ganze Anzahl war 3, 4 und 5 Monate alt. Die Gabengrösse schwankte je nach dem Alter der Kinder zwischen 0,005 und 0,05. Der Erfolg war äusserst zufriedenstellend. Meist genügten 3—4 Gaben täglich, um die oft schon eine Reihe von Tage bestehenden Durchfälle zu beseitigen. Während die Verabfolgung von Opium und Morphium wegen ihrer gefährlichen Nebenerscheinungen in der Kinderpraxis mit Recht verpönt ist, kann das Papaverin als Ersatzmittel empfohlen werden, da sogar bei Kindern sehr jugendlichen Alters nie irgend eine üble Nebenerscheinung nach Anwendung des Alkaloids beobachtet wurde. Abelmann.

Prof. R. Demme: Zur Kenntniss der Diuretinwirkung im Kindesalter. — (28. Jahresbericht des Jenner'schen Kinderhospitals in Bern).

Verf. hat das Diuretin bei Kindern angewandt. Nachdem er sich durch Versuche im Laboratorium von der Ungefährlichkeit der arzneilich verwendbaren Dosen des Diuretins überzeugt hatte, setzte er als Tagesdosis für Kinder von 2—5 Jahren 0,5—1,5 Gramm fest, für Kinder von 5—10 Jahren 1,5—3,0. Es wurde in Mixtur verabfolgt, in wässriger Lösung mit Zusatz von 10 Tropfen Cognac. Das Mittel wurde angewendet in 4 Fällen von Hydrops und stockender Diurese im Verlaufe von Scharlachnephritis, in 3 Fällen von Hydrops bei Mitralfehlern, wo Digitalis ihre Wirkung versagte, in 2 Fällen von chronischer Bauchfellentzündung mit reichlichem Exsudat und in 2 Fällen von exsudativer Pleuritis. Es erwies sich als ein recht zweckmässiges Diureticum, sowohl bei Scharlachnephritis, als auch bei Herzfehlern. Unangenehme Nebenwirkungen wurden nicht constatirt, ebensowenig eine cumulative Wirkung oder eine den Effect abschwächende Gewöhnung an das Mittel. Der diuretische Effect scheint nach Demme direct durch Einwirkung auf die Nierenepithelien zu Stande zu kommen. Ob ausserdem noch eine besondere Beeinflussung des Circulationsapparates durch Diuretin zu Stande kommt, kann Verf. bis jetzt noch nicht entscheiden. Jedenfalls verdient das Mittel in der Kinderpraxis angewandt zu werden. Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

A. Frankenburger: Ueber Carbolgangraen. Experimentelle Untersuchungen. (Diss. Erlangen. 1891. Verl. v. Gustav Fock. Leipzig. Preis Mrk. 1).

Verf. hat sich der dankenswerthen Aufgabe unterzogen, die Aufmerksamkeit der Aerzte nochmals auf diese Frucht des Missbrauchs der Antiseptik zu richten und durch experimentelle Untersuchungen ihrem bisher noch nicht aufgeklärten Wesen auf den Grund zu kommen. Die Literatur ist arm an Mittheilungen über die Erkrankung, welche in trockenem, langsam verlaufendem Brande ganzer Finger, resp. nur circumscripter Hautgangrän besteht und durchaus nicht nur durch überstarke Carbollösungen, sondern schon durch 2% ige hervorgerufen werden kann. Bedingung ist nur dauernder Contact und Feuchtbleiben des Umschlags, wie bei Compresses échauffantes; 2 Tage können zur Erzeugung des Brandes genügen. Mikroskopisch zeigen sich die Capillaren schon nach einer Stunde, die Arterien und Venen später obliterirt durch gelbröthliche, resp. gelbweisse Massen; die Thrombosirung beginnt von der Intima aus und ist das Resultat der directen Einwirkung der Carbolsäure auf die Blutkörperchen — nämlich Schrumpfung derselben und Haftung an der Gefässwand (Prudden, Hueter, Huels). Die Bindegewebszüge erscheinen auseinandergedrängt, die Lymphspalten erweitert, die Epidermis macerirt und zerstört. Je länger die Carbollösung einwirkt, desto tiefere Theile unterliegen der Gangrän. Der Gefahr sind vor Allen schwächliche Individuen, Frauen und Kinder ausgesetzt, besonders bei Umschlägen auf Finger und Zehen. Die Schlüsse ergeben sich von selbst. Die Einzelheiten sind im Original nachzusehen. Selenkow.

Friedrich van Ackeren: Klinisches Recepttaschenbuch. 2. Auflage 1891.

Ausser 350 Receptformeln, die als entschieden gut zusammengestellt zu bezeichnen sind, enthält das Büchlein einen kurzen Ueberblick über die allgemeine Arzneiverordnungslehre, die Maximaldosen, Angabe über Dosirung von Arzneimitteln in der Kinderpraxis, diätetische Vorschriften für die wichtigsten Krankheiten, eine Zusammenstellung der Symptome und der Behandlung acuter Vergiftungen und endlich ein Verzeichniss der wichtigsten Bäder und Curorte. Bei jedem Medicament ist Consistenz, Aussehen und Löslichkeit vermerkt, was als ein Vorzug des Taschenbuches bezeichnet werden muss. Die neueren Arzneimittel sind dagegen gänzlich unberücksichtigt gelassen. Mittel wie Creolin, Lysol, Hydrastininum muriaticum, Phenocollum hydrochl., Europhen, Dermatol, Exalgin und Piperazin hätten wohl angeführt werden müssen. Im Uebrigen kann das Taschenbuch nur empfohlen werden. Die Ausstattung ist eine gute. W. Beckmann.

Protokolle
der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1179. Sitzung am 1. April 1892.

Anwesend 42 ordentl. Mitglieder und 11 Gäste.

1. Präses widmet dem jüngst verstorbenen correspondirenden Mitgliede der Gesellschaft. Dr. Seeck warme Worte des Nachrufs. Die Gesellschaft ehrt das Andenken des Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen.

2. Dr. Hach berichtet über 10 in den letzten zwei Jahren von ihm ausgeführte Totalexstirpationen des Uterus per vaginam. 7 Fälle wurden wegen Carcinoma port. vagin. operirt; 1 Fall wegen hochgradiger glandulärer Endometritis mit heftigen Menorrhagien. die jeder Behandlung trotzten; 1 Fall wegen totalen Prolapses (mit Resection der Vagina nach Asch), 1 Fall wegen multipler Fibrombildung. Sämmtliche Pat. (im Alter von 40—71 Jahren) genasen.

In 2 Fällen wurde die Blase verletzt; einer derselben wurde durch einige Nähte geheilt; im 2. Falle (Carcinom, welches anfangs als inoperabel zurückgewiesen worden) folgte der Uterus fast garnicht beim Herabziehen; obgleich die Trennungsschicht zwischen Blase und Uterus gleich gefunden wurde, fand eine Blasenverletzung statt, welche sich später als ein durch die ganze hintere Wand der Blase gehender Riss erwies. Bevor die Absicht. eine Colpocleisis auszuführen, realisirt worden, wurde mikroskopisch Carcinom, der Blasenschleimhaut nachgewiesen und Pat. mit einem Harnrecipienten entlassen.

Zu den Operationen ist nur physiologische Kochsalzlösung gebraucht worden; die Instrumente werden in Sodalösung gekocht. Die benutzte Seide ist in absolutem Alkohol aufbewahrt und in Sublimatwasser 1:1000 aufgekocht worden; Juniperuscatgut. Die Peritonealöffnung wurde nicht genäht, sondern mit 10 pCt. Jodoformmull tamponirt.

Vortr. spricht sich gegen Hofmeyer-Winter für die Totalexstirpation selbst bei beginnendem Carcinom aus. Wenn auch ein Theil der von Schauta als carcinomatöse Metastasen gedeuteten Veränderungen im Corpus uteri als nicht carcinomatös nach Hofmeyer aufzufassen sind, so fand auch Vortr. in einem Theil seiner wegen Portiocarcinom exstirpirten Uteri nachträglich auch Carcinom des Corpus.

Wenn auch die supravaginale Amputation eine bessere Mortalitätsziffer aufweise, als die Totalexstirpation (6,5 pCt. gegen 8,4 pCt.), so ist das allendliche Resultat letzterer doch um so viel besser; nach Ablauf von 5 Jahren waren nach Fritsch 36 pCt. recidivfrei, während erstere Methode (Schröder-Hofmeyer) nur 26 pCt. ergab. Daher will Redn. die Totalexstirpation bei Carcinom der Portio vag. als Regel aufgestellt und möglichst zeitig ausgeführt sehen. Nur bei ganz jungen Frauen mit eben beginnender Erkrankung halte er ausnahmsweise die supravaginale Exstirpation für zulässig, um die Möglichkeit gewünschter Conception nicht zu nehmen.

Zum Schluss warnt Redn. eindringlich davor, Menorrhagien, Metrorrhaghien und sog. Fluor albus nicht persönlich zu untersuchen; nur sorgfältige ärztliche Exploration aller dieser Fälle ermöglicht die frühzeitige Diagnose, von der die Chancen der Operation und damit auch die des Lebens der Kranken abhängt.

In der Discussion schliesst sich Dr. Radecki aus eigner Erfahrung und nach Angaben aus der Litteratur der Ansicht Dr. Hachs voll an, dass viele Frauen nur deshalb an Uteruscarcinom zu Grunde gehen, weil die Diagnose nicht rechtzeitig gestellt worden. Blutungen, u. s. w. werden oft so lange vernachlässigt, bis die schliesslich vorgenommene Untersuchung bereits ein Resultat ergiebt, welches keine günstigen Chancen für die Operation mehr bietet. (Belegt wird dieses durch die Statistik von Winter). — Die Technik der Operation betreffend, macht Dr. R. darauf aufmerksam, dass hervorragende Kliniker im Gegensatz zu dem von Dr. Hach geübten Verfahren die Operationswunde nähen. Martin und Ohlshausen haben beim Offenlassen der Wunde Incarceration des Darms erlebt.

Von Dr. Miram dazu veranlasst, äussert Dr. Hach, er sehe nur in knotigen Verdickungen der Parametrien und mehr als vereinzelten Knoten im kleinen Becken eine Contraindication für die Totalexstirpation eines carcinomatösen Uterus; leichte Verdickungen in den Parametrien, einzelne knollige Gebilde im kl. Becken stellen den Erfolg der Operation noch nicht in Frage, ebenso wie Anschwellung der Inguinaldrüsen, die durchaus nicht immer carcinomatös entartet seien.

Aber selbst wenn ein Recidiv den Tod der Kranken herbeiführt, so seien die Leiden sehr viel geringer, wenn der Uterus exstirpirt, weil dann Blutungen und Kreuzschmerzen ganz oder fast ganz fehlen. In Kürze referirt Dr. Hach eine in diesem Sinne besonders prägnante Krankengeschichte.

Die Operationstechnik betreffend, ist Redn. bei der älteren Methode des Offenlassens der Wunde schon deshalb geblieben, weil er eine geringe Drainage nicht missen wolle.

Auch Dr. Stryk sah den Tod an Recidiv nach Exstirpation des carcinomatösen Uterus unter Erscheinungen eintreten, die ihn davon überzeugten, dass die endlichen Leiden nicht Operirter sehr viel grösser sind, als die der Operirten; er will deshalb jeden carcinomatösen Uterus entfernen, so lange man dies überhaupt noch ausführen kann.

Dr. Berg führt hingegen an, dass unter den 6 von ihm in dieser Art operirten sich eine Frau im 26. Lebensjahre befand, die ein Jahr nach der Operation ein Recidiv in der Narbe aufwies und unter ganz unsäglichen Qualen zu Grunde ging. — Die Technik der Operation betreffend, führt Dr. Berg aus, dass das Nähen der Wunde allerdings das Idealere sei; für praktischer halte er aber das Offenlassen derselben und Tamponade, da die Schwierigkeit der Verhältnisse es nicht gestattet, die Naht so exact anzulegen, wie es erforderlich ist um Sepsis absolut sicher auszuschliessen.

Dr. Klemm erinnert schliesslich an die Analogie, welche die besprochene Operation mit der des Mastdarmcarcinoms habe: in letzteren Fällen habe man die Erfahrung gemacht, dass das Unterlassen der Naht günstiger sei, weil sie nicht so exact gemacht werden kann, dass Secretstagnation sicher vermieden ist.

3. Dr. Voss stellt eine Reihe von ihm operirter Patienten vor:

1) Zwei Pat. mit künstlich offen erhaltener breiter Fistel am Processus mastoideus (wegen Cholesteatom angelegt);

2) einen mit Auslösung der Ohrmuschel operirten Fall von Cholesteatombildung;

3) eine Patientin, der wegen Caries des Felsenbeins nach Scharlach ein grösserer Sequester (vielleicht einen Theil der Schnecke enthaltend) entfernt wurde;

4) eine von einer Sinusthrombose glücklich geheilte Patientin, operirt bei bereits bestehender Pyaemie und Metastasen in Lunge, Nieren und Gelenken.

Wegen vorgerückter Zeit wird der Vortrag von Dr. Voss auf die nächste Sitzung verschoben.

z. Z. Secretär: Heerwagen.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Wilhelmy giebt ein neues Verfahren zur Behandlung der epidemischen infectiösen Diphtherie an. Beide Mandeln, Gaumenbögen und die hintere Rachenwand werden mit einer 20 pCt. Chlorzinklösung angeätzt. Zur Aetzung bedient sich W. einer 18 Cm. langen, vorne kurz auf die Kante gebogenen gezahnten Pincette; um das gekrümmte Pincettenende wickelt er fest einen Wattestreifen, mit der erwähnten Lösung getränkt. Nach der Aetzung müssen die Patienten Eisstückchen oder eiskaltes Wasser schlucken; gewöhnlich verschwinden dann die Schmerzen binnen kurzer Zeit. Die schwersten Fälle von Diphtherie konnten auf diese Weise geheilt werden. Als conditio sine qua non ist die möglichst frühe Einleitung der Behandlung anzusehen.
(Deutsche medic. Wochenschr. Nr. 5).

— Gegen Sommersprossen empfiehlt Morrow folgende Salbe: Acidi carbolici, Acid. Tannici āā 4.0 Tinct. jodi 8,0. Vaselini 120,0. (L'Union medic. 1891. Nr. 89).

— Prof. Lépine (Lyon) hat in 30 Fällen von Pneumonie Digitalin mit überraschend günstigem Erfolge angewandt. Er verordnet dasselbe in allen Fällen, wo Zeichen von Herzschwäche vorhanden sind und zwar 3 Mgrmm. Morgens, häufig noch 1—2 Mgrmm. Abends. Das Digitalin ist kein Specificum gegen Pneumonie, es bekämpft aber mit Erfolg eine der schwersten Complicationen derselben — die Herzschwäche.
(Allg. medic. C.-Ztg. Nr. 12).

— Gerson beobachtete auf der Leyden'schen Klinik einen 18jährigen Arbeiter ohne Nierenaffection im Stadium der Reconvalescenz nach doppelseitiger Pneumonie. 17 Tage nach der Aufnahme versiegte plötzlich ohne nachweisbaren Grund und ohne Vorboten die Nierensecretion. Diese Anuria paradoxa dauerte 68 Stunden, der Patient fühlte sich bis auf geringes Erbrechen vollkommen wohl.
(Centrlbl. f. kl. Medicin Nr. 46. 1891).

Dr. Friedrich Schultz †.

Am 29. April verschied plötzlich der Stadtarzt zu Riga Dr. med. Friedrich Schultz. Einen hochbegabten Arzt und tüchtigen Beamten, einen treuen Berufsgenossen und selbstlosen Freund, einen in reiner Gesinnung stets idealen Zielen zustrebenden Menschen hat der Tod von uns genommen. Viele werden um seinen frühen Hingang trauern auch in dem Leserkreise dieser Wochenschrift.

Friedrich Schultz wurde am 11. Sept. 1842 in Curland geboren, erhielt seine Gymnasialbildung in Riga, studirte 1861 bis 1866 in Dorpat Medicin und zog 1866, nachdem er die Prüfung als Arzt bestanden hatte, in das Gouvernement Simbirsk, wo er zunächst als Privatarzt wirkte. 1868 wurde er dort Landschaftsarzt, 1876 Kreisarzt, entfaltete in seiner öffentlichen Stellung wie in seiner privaten Praxis eine rege Thätigkeit und erwarb sich allgemeine Liebe und Achtung. Nach dem russisch-türkischen Kriege, den er als Evacuationsarzt auf dem europäischen Kriegsschauplatz mitmachte, gab Schultz seine Stellung in Simbirsk auf; es trieb ihn zur Rückkehr zu seinen Geschwistern, in die alte Heimath. Sein reger wissenschaftlicher Sinn führte ihn 1879 noch einmal auf die Universität; nach neuen Studien verliess er Dorpat 1881 mit dem Grad eines Dr. med. Seine Dissertation («Experimentelle Studien über Degeneration und Regeneration der Cornealnerven») ist ein werthvolles Zeichen seiner gründlichen Arbeitsweise. Bald darauf fand er eine Anstellung als jüngerer Arzt bei den Anstalten des livl. Collegiums allgemeiner Fürsorge in Alexandershöh bei Riga. Hier hatte er Gelegenheit, mit dem ihm eigenen Eifer auch dem Studium der Geisteskrankheiten seine volle Aufmerksamkeit zuzuwenden. Im Sommer 1883 wurde Schultz dann zum Rigaschen Stadt- und Polizeiarzt gewählt. Seine schon in früheren Stellungen gewonnene Vorliebe für forensische Medicin konnte er nun wieder im Amt mit unermüdlichem Eifer und voller Hingebung bethätigen. Bei seinen Collegen und den betheiligten juristischen Autoritäten gewann er bald den Ruf eines ausgezeichneten Sachverständigen und Gutachters. Klarer praktischer Blick, vorzügliche Gesetzeskenntniss, gründliche Beherrschung der klinischen Medicin wie der pathologischen Anatomie verbunden mit der Fähigkeit, seine Ansichten klar, überzeugungswarm und fesselnd in Wort und Schrift wiederzugeben, liessen ihn besonders geeignet erscheinen für die speciellen Aufgaben seines Berufs. Wenn er dabei schnell eine in den weitesten Kreisen Riga's nicht nur gekannte, sondern geachtete und beliebte Persönlichkeit wurde, so gründete sich das weniger auf sein Wissen und Streben, als auf seinen persönlichen Charakter. Friedrich Schultz war in der Güte und Lauterkeit seines Herzens ein seltener Mensch. Das Wohlwollende, Selbstlose, Humane seines Charakters war schon in seinem äusseren Wesen ausgesprochen und trat jederzeit zu Tage, oft in rührenden Zügen. So hat er nie Feinde gehabt, sondern ist von Vielen geliebt worden.

An seiner reichen Erfahrung liess Schultz gerne seine Collegen theilnehmen. Er förderte nach Kräften die wissenschaftlichen Verhandlungen der Gesellschaft prakt. Aerzte zu Riga; auch diese Wochenschrift verdankt ihm eine Reihe interessanter Beiträge. Den Besuchern der livländischen Aerztetage steht es in frischer Erinnerung, wie Schultz dort die forensische Medicin mit Feuer und doch mit besonnener Kritik zu repräsentiren wusste.

In seinen Mussestunden war Schultz ein Freund gemeinnütziger Vereinsbestrebungen und folgte mit feinsinnigem Verständniss dem Kunstleben.

Was Schultz seinen zahlreichen Geschwistern, was er seinen Freunden war, soll hier unberührt bleiben. Die Werthschätzung seiner Persönlichkeit konnte bei grösserer Annäherung nur gewinnen.

Schultz war eine kräftige Natur, nur in den letzten Jahren seines Lebens zeigten sich Symptome eines ernsten Leidens (Arteriosklerose, Degeneration des Herzmuskels), die seine Arbeit nur vorübergehend unterbrachen, aber ihm und seinen Freunden die traurige Gewissheit gaben, dass seine Tage gezählt wären und aller Wahrscheinlichkeit nach einmal ein plötzliches Ende, seinem Schaffen ein Ziel setzen würde. Am 29. April schlug diese Stunde; als er morgens am Schreibtisch sich anschickte die laufenden amtlichen Schriftstücke zu erledigen, ereilte ihn der Tod. So schied er zu früh von uns, — wir werden ihn oft vermissen und nie vergessen. A. M.

Vermischtes.

— Professor Dr. E. v. Bergmann war in den letzten Tagen des April-Monats in Warschau, wohin er durch die Proff. Baranowski und Kosinski zu einer Consultation zu einem kranken Warschauer Einwohner eingeladen war. Der berühmte Chirurg weilte, wie die örtlichen Zeitungen berichten, einen ganzen Tag in Warschau, besuchte das «Heilige Geist-Hospital» und assistirte dort dem Prof. Kosinski bei seinen Operationen.

— Im Gouvernement Nishni-Nowgorod sind die zur Bekämpfung der dort herrschenden Typhusepidemie eingetroffenen Aerzte Rosanow, Skworzow und Liwanow am Flecktyphus erkrankt.

— In Berichtigung unserer Mittheilung in Nr. 12 pg. 178 erfahren wir, dass der Stud. Bary nicht «vor Erreichung des Bestimmungsortes», sondern nachdem er schon über 150 Typhuskranke in verschiedenen Dörfern besucht und behandelt hatte, selbst in einem Dorfe des Ssamara'schen Gouvernements am Flecktyphus erkrankt ist.

— Am 29. April ist aus St. Petersburg die vierte Partie Studenten des letzten Cursus der militär-medicinischen Akademie zur Hülfeleistung in die von Epidemien heimgesuchten Gegenden abgereist, und zwar 10 von ihnen in's Tulasche Gouvernement und je 1 in's Saratowsche und Nishni-Nowgorodsche Gouvernement.

— Von der Hauptverwaltung des russischen «Rothen Kreuzes» wurde in der vorigen Woche aus St. Petersburg die erste Muhamedanerin, mit Namen Bibi-Rasyja-Katlujarowa, als barmherzige Schwester in das von Hungersnoth und Epidemien heimgesuchte Rjasansche Gouvernement gesandt, um dort sich der Pflege von kranken muhamedanischen Frauen und Kindern zu widmen.

— In Woronesh ist am 21. März eine Abtheilung der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit eröffnet worden. Zum Präsidenten wurde Dr. A. Ch. Sabinin und zum Vicepräsidenten Dr. A. E. Spengler gewählt.

— In Charkow hat sich eine Abtheilung des St. Petersburger Rechtsschutzvereines gebildet.

— Der Professor der Botanik an der militär-medicinischen Akademie, wirkl. Staatsrath Dr. Batalin, ist zum Director des St. Petersburger Botanischen Gartens ernannt worden, mit Belassung in seiner bisherigen Stellung.

— Der consultirende Arzt für innere Krankheiten im hiesigen Nicolai-Militär-Hospital, Leo Berthenson, hat kürzlich aus nicht näher zu erörternden Gründen seinen Posten aufgegeben, nachdem er 19 Jahre dem Hospital treu gedient, ja trotz seiner ausgedehnten Privatpraxis demselben viel mehr Zeit und Kraft geopfert, als seine directe Pflicht es erheischte. Dieser Arbeitseifer, sowie seine stets liebevolle Art im Umgange mit den kranken Soldaten, haben ihm zum Abschiede ein werthvolles Ehrengeschenk von den Collegen und eine sehr herzlich abgefasste Adresse von den barmherzigen Schwestern eingetragen. Um so schwerer fiel ihm freilich angesichts dieser schönen Anerkennung der Abschied. Es ist bedauerlich, wenn eine solche Kraft für den Hospitalsdienst in Zukunft verloren geht.

— Verstorben: I) In Warschau der dortige Professor der chirurgischen Hospitalklinik, wirkl. Staatsrath Dr. J. A. Jefremowski im 54. Lebensjahre. Der Verstorbene war nach Absolvirung des med. Cursus an der medico-chirurgischen Akademie i. J. 1862 längere Zeit Militärarzt, bis er im J. 1872 die Professur in Warschau erhielt. Seine Beobachtungen aus der Zeit des deutsch-französischen Krieges, an welchem er als Arzt theilnahm, hat er in 2 Schriften «Ueber Schusswunden des Kniegelenks» und «Ueber Resectionen des Schulter- und Ellenbogengelenkes» veröffentlicht. 2) Am 28. April in St. Petersburg der ehemalige Professor der speciellen Pathologie und Therapie an der Kasanschen Universität, wirkl. Staatsrath Dr. J. Soederstädt, in hohem Alter. 3) In Jekaterinburg der Leiter einer Typhusabtheilung im dortigen Stadthospital, Dr. Wl. Wl. Ebermann im 36. Lebensjahre am Flecktyphus. Der Verstorbene hatte seine medic. Ausbildung in Moskau erhalten und war früher im Klin'schen, dann im Jekaterinburg'schen Kreise Landschaftsarzt gewesen. 4) Am 20. April in Jekaterinburg der dortige Arzt Boris Koteljanski, welcher nach dem Tode Dr. Wl. Ebermann's die Leitung der Typhusabtheilung des Stadthospitales übernommen hatte, im 32. Lebensjahre ebenfalls am Flecktyphus. Koteljanski der in Kiew studirt hat, ist auch vielfach literärisch thätig gewesen. In den «Nowosti» widmet ihm ein Freund einen warmen Nachruf. 5) Im Kirchdorf Kotschkar (Gouv. Orenburg) der dortige Arzt P. F. Petrow am Flecktyphus. 6) In Tscherny-Jar (Gouv. Astrachan) der noch junge Dorfarzt W. Petritschenkow, welcher sich erschossen hat.

— Der Bestand der Casse der Hauptverwaltung der russischen Gesesellschaft des «Rothen Kreuzes» betrug am 1. Mai d. J. 2,864,462 Rbl. 38 Kop.

— Frau Baranowskaja in Moskau hat für das künftige weibliche medicinische Institut 25,000 Rbl. gespendet.

— In Paris hat eine Russin Warwara S., welche vor 4 Jahren den Cursus eines russischen weiblichen Gymnasiums absolvirte, das Diplom eines Veterinärarztes erlangt.

— Gaczkowski, der Erfinder des «Vitalin», soll nun doch arretirt worden sein, um zur gerichtlichen Verantwortung gezogen zu werden.

— In Kiew ist vor Kurzem eine Curpfuscherin, die Wittwe eines Stabscapitäns Nina Tichanowskaja bestraft worden, welche in der Stadt durch ihre Helfershelfer und auch die Post Bekanntmachungen versandte, in welchen sie erklärte, dass sie alle Krankheiten heile. Unter den leichtgläubigen Leuten, welche in die Hände der Frau Tichanowskaja geriethen. befanden sich unter Anderen ein Polizeisoldat und ein Feuerwehrmann, von denen ersterer 6 Rbl. 20 Kop., der letztere sogar 27 Rbl. für die Cur zahlen mussten. Als dieselben keinen Erfolg von der Behandlung verspürten, wurden sie gegen die Curpfuscherin klagbar, welche vom Friedensrichter zu einer Geldstrafe von 30 Rbl., eventuell zu 7 Tagen Arrest verurtheilt wurde. (Kiewskoje Sslowo.-Wr.).

— Wie aus Ssaratow mitgetheilt wird. haben sich doch schon 3 Aerzte gefunden, welche bereit sind in den Dienst der von Herrn Kropotow geleiteten Ssaratowschen Landschaft zu treten. Als solche werden Dr. Miloslawski aus Moskau, Dr. Ssokolow aus Charkow und ein wirkl. Staatsrath Dr. Heismann (?), 60 J. alt, genannt.

Kropotow erklärt sogar in seinem Leibblatte, den «Moskowskija Wedomosti», feierlichst Allen, die es zu wissen wünschen, dass bereits die Hälfte der ärztlichen Vacanzen im Ssaratowschen Kreise besetzt und für die noch übrigbleibenden Stellen die 4fache Zahl von Candidaten vorhanden sei. Wenn Kropotow durch diese Bekanntmachung sich rechtfertigen und beweisen will, dass es nicht so schrecklich sei, wie behauptet wird, so hat er diesen Zweck wohl kaum erreicht. Das von ihm mitgetheilte Factum beweist nur, wie die «Nowosti» sehr richtig bemerken, dass es bei uns noch sehr viel darbende Aerzte giebt, welche bereit sind, um das liebe Brot sich sogar unter das Commando eines Kropotow zu stellen... Wie schrecklich Kropotow sein mag, der Hunger ist noch schrecklicher!

— In Berlin ist am 5. Mai n. St. der berühmte Chemiker, Geh.-Rath Prof. v. Hofmann, der Lehrer vieler medicinischen Generationen, plötzlich am Lungenschlage gestorben. Noch kurz vor dem Tode hatte er die chemische Prüfung zahlreicher junger Mediciner geleitet.

— Der älteste Arzt der Welt dürfte wohl Dr. William Salmon in Penlyne-Court (England) sein, welcher am 16. März d. J. seinen 100 Geburtstag feierte. S. ist seit 1809, also seit 83 Jahren, als Mitglied in die Liste des Royal College of surgeons eingetragen.

— Von den englischen Aerzten, welche an dem Krimkriege theilgenommen haben, sind nur noch 4 am Leben: die DDr. Tipets, Mackinon, Webb and Reade. (Brit. med. Journ.-Wr.).

— Prof. Thiersch, welcher bereits 25 Jahre lang als Professor und Oberarzt des städtischen Krankenhauses in Leipzig fungirt, ist zum Ehrenbürger der Stadt Leipzig ernannt worden.

— Am 5. Juli feiert die Dubliner Universität das Fest ihres 300jährigen Bestehens.

— Der Warschauer Laryngologe Dr. Heryng hat den Ruf an die Universität Insbruck nicht angenommen.

— Die Influenza hat im verflossenen Winter unter den Bewohnern der Kalmücken-Steppe arg grassirt, so dass ganze Dörfer verödet sind. Dass die Krankheit aber so verheerend gewirkt hat, ist auch dem Umstande zuzuschreiben, dass die Kalmücken die an der Influenza Erkrankten, ebenso wie die Pockenkranken, ihrem Schicksal überliessen, weil sie die Ansteckung fürchten.

— Von den 3 Proben russischen Rothweins (zu 50, 75 und 90 Kop. die Flasche), welche in der Moskauer städtischen Sanitätsstation untersucht worden sind, erwies sich nur die theuerste Sorte als Naturwein, in den beiden anderen Sorten wurde eine Beimischung von Alkohol und Farbstoff entdeckt. Der russische «Claret» bestand dagegen nur aus einer geringen Quantität Traubenwein, dem Alkohol, Wasser und Zucker zugesetzt war.

— Der Bacillus der Eklampsie. Im pathologischen Institut zu Halle ist es, wie die «Deut. med. Wocheuschr.» berichtet, dem ersten Assistenten Dr. Gerdes gelungen, bei einem sehr schweren Fall von Eklampsie durch die Cultur die Anwesenheit eines kurzen Bacillus in Leber, Lunge und Niere, sowie im Blut nachzuweisen, der für Mäuse und Ratten eine erhebliche Virulenz besitzt, bei den ersteren zudem Convulsionen auslöst und unter Coma, Verflachung der Athmung und Sinken der Temperatur den Tod der Versuchsthiere in kurzer Zeit veranlasst. Bei Meerschweinchen treten die Convusionen nur nach intravenöser Injection (es wurde die Vena jugularis communis gewählt) ein. während subcutane und intraperitoneale Injectionen erfolglos blieben. Die erwähnten Bacillen sind in grossen Mengen in Lunge, Nieren und Leber nachgewiesen worden, und zwar in Form bacillärer Embolie, die auf einen primären Entstehungsherd (wahrscheinlich die Placenta) Rückschlüsse gestattet. Die vorläufige Mittheilung steht unmittelbar bevor.

— Wie die Tagesblätter melden, kommt im Reichsrath ein Gesetzentwurf zur Berathung, nach welchem die Unterlassung der Anmeldung von ansteckenden Krankheiten seitens der Aerzte an den zuständigen Stellen mit einer Geldstrafe im Betrage von 300 Rbl. oder mit Gefängnisshaft in der Dauer von drei Monaten beahndet werden soll.

— Dem «Regierungsanzeiger» zufolge sind von Vertretern der einschlägigen Ministerien in diesen Tagen besondere Maassregeln zum Schutz gegen die Choleraeinschleppung berathen worden, da diese Krankheit in Afghanistan aufgetaucht ist und von dort leicht durch Transkaukasien nach Russland eindringen kann. Die Commission hat sich veranlasst gesehen, die Ergreifung einer Reihe von ausserordentlichen Maassregeln zu beschliessen, weil das Transkaspi Gebiet sich durch ausserordentlich schlechte sanitäre Verhältnisse auszeichnet.

— Prof. Ch. Richet und Dr. J. Héricourt haben der französischen Academie der Wissenschaft die Mittheilung gemacht, dass es ihnen gelungen sei, Hunde durch Einimpfung von Vogeltuberculose immun gegen die Menschentuberculose zu machen.

— Der Prof. der Hygiene Löffler in Greifswald hat gelegentlich einer unter den weissen Mäusen seines Laboratoriums ausgebrochenen Epidemie einen wohlcharakterisirten Mikroorganismus — den Bacillus typhi murium — aufgefunden, welcher, wenn man ihn Feldmäusen in Form von Sämereien u. dergl., die mit Kulturflüssigkeit dieses Bacillus getränkt sind, beibringt, diese eine grosse Landplage bildenden Thiere tödtet. Der genannte Bakteriologe hat nunmehr Gelegenheit gefunden, seine Entdeckung in grösserem Maassstabe praktisch zu verwerthen, da er im Auftrage der griechischen Regierung nach der peloponesichen Halbinsel gereist ist, um weite Landstriche Griechenlands von der Mauseplage zu befreien.

— Nach einem officiellen Bericht der medicinischen Gesellschaft in Brüssel sind in verschiedenen Landestheilen Belgieus der Typhus und die Pocken ausgebrochen.

— Die Cholera wüthet in Benares in schlimmster Form. Von 180 Erkrankungsfällen haben 130 einen tödtlichen Ausgang genommen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 25. April d. J. 5783 (143 weniger als in der Vorwoche), darunter 310 Typhus — (19 weniger), 549 Syphilis — (15 mehr), 37 Scharlach — (5 weniger), 19 Diphtherie — (6 mehr als in der Vorwoche), 58 Masern — (wie in der Vorwoche) und 32 Pockenkranke (6 weniger als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1. Es wird ein Landschaftsarzt für einen med. Bezirk des Kreises Slatoust (Gouv. Ufa) gesucht. Gehalt 1400 Rbl. jährlich bei freien Fahrten und freier Wohnung im Kirchdorfe Jemaschi. Die Reisekosten nach Slatoust werden nicht vergütet. Nähere Auskunft ertheilt die «Златоустовская Уѣздная Земская Управа».

2. Im Kreise Ljubim (Gouv. Jaroslaw) ist die Stelle eines Landschaftsarztes vacant. Gehalt 900 Rbl. jährlich; Wohnsitz im Dorfe Ssawinskaja. Adresse: «Любимская Уѣздная Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 19. April bis 25. April 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
348	278	626	122	57	113	14	8	17	61	50	62	40	42	20	18	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 7, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 4, Masern 14, Scharlach 10, Diphtherie 5, Croup 1, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 34, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 106, Tuberculose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 33, Marasmus senilis 25, Krankheiten des Verdauungscanals 67, Todtgeborene 24.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 12. Mai.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 20 St. Petersburg, 16. (28.) Mai 1892

Das Refractions-Binocle

ein neues Optometer

von

Stud. med. K. Laurenty
in Dorpat.

In seinen Vorträgen aus dem Gesammtgebiet der Augenheilkunde weist Mauthner darauf hin, dass es eigentlich nur die Fernpunktsbestimmung ist, bei welcher wir bisher der ophthalmoskopischen Methode nicht entrathen können, während alle übrigen Daten zur Bestimmung des Refractionszustandes durch subjectiv-functionelle Prüfung — und zwar nur durch diese — erhalten werden. Dieser Umstand in Verbindung mit der grossen Variationsfähigkeit der Linsen-Optometer giebt eine Rechtfertigung dafür, dass immer wieder neue Constructionen versucht werden und es nimmt diese Rechtfertigung das hier beschriebene Refractions-Binocle auch für sich in Anspruch, weil es einfacher und vielseitiger zu sein scheint als ähnliche, schon bekannt gewordene Instrumente.

Wenn ich nun gleich eingangs betone, dass ich nur eine einfache Linse zur Betrachtung des Objects verwende, so bitte ich den Leser, hieraus kein Vorurtheil schöpfen zu wollen, denn die mit dem Optometer angestellten vergleichenden Versuche, sowie die freundliche Aufnahme, welche es in hiesigen Fachkreisen gefunden hat, beweisen, dass auch unter Beibehaltung der einfachsten Grundform ein sehr gut arbeitendes, dabei leicht verständliches und leicht controlirbares Instrument erhalten werden kann.

Soll also eine einfache Biconvexlinse als Optometer benutzt werden, so wird es sich zunächst um die Brennweite derselben handeln; hierüber ist zu sagen:

Je kürzer die Brennweite der Linse gewählt wird, desto grösser ist der optische Spielraum für die Verschiebung des Objects. Die Grösse der Verschiebung d, welche einem gewissen Accomodationsbereich $x—x_1$ des unbewaffneten Auges entspricht, findet ihren Ausdruck in

$$d = \left(\frac{X}{N}\right)^2\left(\frac{1}{x_1} - \frac{1}{x}\right)$$

wo X die deutliche Sehweite (angenommen zu 250 Mm.) und N die auf diese Sehweite bezogene Vergrösserung bedeuten; x und x_1 sind der Fernpunkt, beziehentlich Nahepunkt des freien Auges. Der im Allgemeinen noch hinzutretende Factor n, der Brechungsexponent des Mediums, wird hier = 1, weil das Object in Luft liegt, und ist daher fortgelassen. Aus dieser Formel, welche ich Dippel's Grundzügen der allgemeinen Mikroskopie entlehne, ist ersichtlich, das d abnehmen muss mit wachsendem N, also mit abnehmender Brennweite der Linse. Setzt man als Beispiel ein Auge voraus, das zwischen den Grenzen ∞ und 100 Mm. zu accomodiren vermöge und berechnet d für die beiden Vergrösserungen von 2,5 und 12,5 — entsprechend einer Brennweite von 100 resp. 20 Mm. — so findet sich:

d = 100 Mm. für N = 2,5
d = 4 Mm. » N = 12,5 (siehe auch später.)

d. h.: um den Bereich von zehn Dioptrien zwischen ∞ und 100 Mm. zu durchlaufen, muss für eine Linse von 100 Mm. Brennweite das Object vom Focus an um 100 Mm. der Linse genähert werden, — wobei es schliesslich in den nächsten Hauptpunkt der Linse zu

stehen käme —; dagegen sind nur 4 Mm. Verschiebung erforderlich um die gleiche optische Strecke zu durchlaufen, wenn F nur 20 Mm. beträgt. Ja, es könnten in diesem Falle noch weitere zehn Dioptrien zurückgelegt werden, ohne dass das Object zu nahe an die Linse rückte. Somit wird man F so klein zu wählen haben, als sonstige Umstände dies noch gestatten.

In dieser Hinsicht ist zu beachten, bis zu welcher Grenze eine präcise Messung durch einfache Mittel überhaupt noch möglich ist und wie dieselbe durch die Focustiefe etwa beeinflusst wird.

Unter Focustiefe wird bekanntlich derjenige Spielraum diesseits und jenseits einer genauen Einstellungsebene verstanden, innerhalb dessen die auftretenden Zerstreuungskreise noch ein genügend deutliches Sehen ermöglichen — eine bestimmte Einstellung und einen bestimmten Accomodationszustand vorausgesetzt — und dieser Spielraum wird ausgedrückt durch

$$2\delta = w \cdot \frac{1}{a} \cdot \frac{X}{N}$$

worin w die noch zulässige anguläre Grösse des Zerstreuungskreises und a die numerische Apertur bedeuten. X und N sind wie oben zu verstehen und der Factor n = 1 ist fortgelassen. Nimmt man nun (mit Dippel l. c.) w = 3 Bogenminuten an, mit dem numerischen Werth 0,0008, und a, entsprechend dem von mir verwendeten Oeffnungswinkel von ca. 15°, gleich 0,13, so erhält man

$$2\delta = 0{,}6 \text{ Mm. für } N = 2{,}5$$
$$2\delta = 0{,}1 \text{ Mm. » } N = 12{,}5$$

und man sieht also, dass mit wachsender Vergrösserung, resp. abnehmender Brennweite, die Focustiefe fiel weniger rasch abnimmt, als die für eine gewisse optische Strecke erforderliche Verschiebung d: es wird also die Sicherheit der Messung von d immer mehr und mehr beeinflusst, je kleiner F genommen wird! Man könnte sich versucht fühlen, diesem wachsenden Einfluss der Focustiefe durch Vergrösserung der Oeffnung — und somit der numerischen Apertur — zu begegnen und in dieser Absicht etwa achromatische resp. aplanatische Linsen zu verwenden; das im Nenner auftretende a würde dann die Grösse von 2δ herabsetzen. Zu diesem Mittel habe ich indessen nicht gegriffen, weil einfache Linsen weniger kostspielig sind und weil durch den folgenden Kunstgriff das Verhältniss von d und 2δ ein constantes und der Grösse nach durchaus zulässiges bleibt.

Wird nämlich die Linse so angeordnet wie bei der Frauenhofer'schen Lupe, d. h. wird sie um ihre Brennweite vom Auge entfernt gehalten, — wie das bei Optometern auch schon in Anwendung gebracht ist, — so ergiebt sich ein doppelter Vortheil: 1) Die Verschiebungen pro Dioptrie werden in jedem Punkte gleich gross: Bekanntlich wird der Fernpunkt b aus dem Abstand a des Objects von der Linse und aus deren Brennweite F gefunden nach der Linsenformel $\frac{1}{a} + \frac{1}{b} = \frac{1}{F}$, vorausgesetzt, dass Auge und Linse zusammenfallen. Setzt man die Strecke a = F — d, wo also d die Verschiebung des Objects gegen den Focus der Linse bedeutet, so gelangt man zu dem Ausdruck

$$b = \pm \frac{F^2}{d} + F$$

Wenn sich nun das Auge um F von der Linse entfernt, so muss d so gewählt werden, dass auch das Bild eine gleichsinnige Verschiebung um F erleidet — sofern nämlich das Auge seinen Fernpunktsabstand b behalten soll. Das Bild wird also in b—F vor der Linse bei Myopie, oder in b+F hinter ihr bei Hypermetropie liegen müssen und durch Einsetzen dieser Werthe findet sich $b = \pm \frac{F^2}{d}$, woraus $d = \pm \frac{F^2}{b}$. Nun ist aber b in Millimetern ausgedrückt $= \frac{1000}{x}$, wo x den Grad der Ametropie in Dioptrien angiebt, also wird

$$d = \pm \frac{F^2}{1000} \cdot x$$

d. h.: bei der erwähnten Linsenstellung ist die erforderliche Verschiebung stets proportional der Anzahl von Dioptrien, durch welche die Ametropie ausgedrückt ist und beträgt für jede einzelne Dioptrie $\frac{F^2}{1000}$ Millimeter. Ist F = 20 Mm., wie bei meinem Instrument, so folgt d = 0,4 Mm. pro Dioptrie. Aus der Constanz von d folgt aber ein constanter Einfluss von 2δ, und da diese Grösse = 0,1 Mm. gefunden wurde, so kann jede Messung in einem beliebigen Punkt wegen bestehender Focustiefe nur um 0,05 Mm. zu gross oder zu klein ausfallen. Dieser Fehler, der bei den gewählten Dimensionen $^1/_8$ Dioptrie beträgt, ist offenbar noch als klein zu bezeichnen und die Brennweite der Linse ist mit 20 Mm. noch nicht zu klein bemessen.

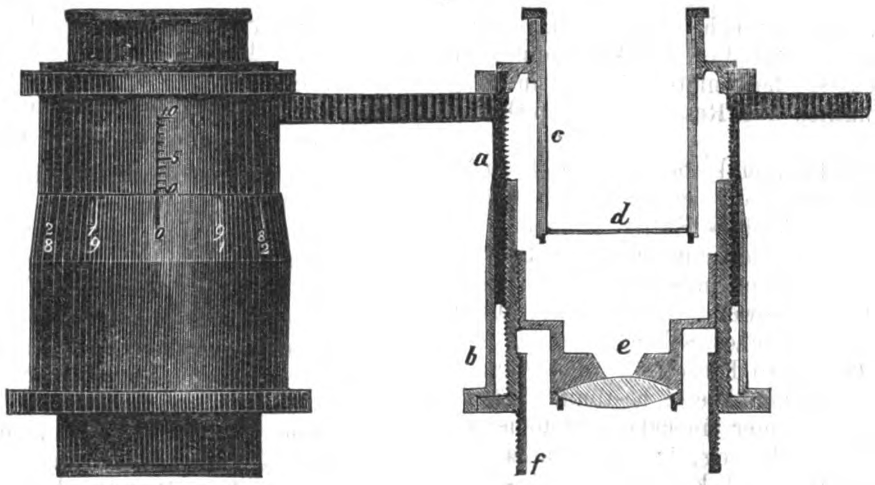
Anmerkung. Hier erkennt man übrigens, dass die oben angestellte Vergleichung zwischen d und 2δ für Linsen verschiedener Brennweite eine stillschweigende Voraussetzung enthält, nämlich die, dass die Vergrösserung constant bleibe. Diese Voraussetzung, oder die gleichbedeutende (siehe unten), dass das Auge um F von der Linse entfernt bleibe, wurde gemacht, um leicht vergleichbare runde Zahlen zu erhalten. Nimmt man aber an, dass das Auge sich sehr nahe an der Linse befinde, so gilt z. B. für eine Brennweite von 20 Mm. die Vergrösserung 12,5 nur dann, wenn das Object im Focus steht. Soll der Bildpunkt zwischen ∞ und 100 Mm. wechseln, so wird für die Strecke von zehn Dioptrien die Verschiebung des Objects nicht mehr = 4 Mm., sondern, da die Vergrösserung N von 12,5 bis 15,0 wächst, erhält man von Dioptrie zu Dioptrie immer kleinere Verschiebungen, deren Werthe zwischen 0,9 und 0,28 Mm. liegen und in Summa nur 3,3 Mm. betragen.

2) Der andere Vortheil, welcher aus der erwähnten Linsenstellung resultirt, ist der, dass bei beliebiger Stellung des Objects, also bei Untersuchung von Augen mit beliebigem Refractionszustande, der Gesichtswinkel, unter welchem das Bild erscheint, stets derselbe bleibt, ebenso auch die Vergrösserung. Diese Verhältnisse hat Nagel in den Tübinger Mittheilungen, Jahrg. 1880 und 1881, eingehend untersucht und es kann hier auf diese Arbeit verwiesen werden. Da der Gesichtswinkel constant bleibt, so kann auch nach den üblichen Methoden die Sehschärfe bestimmt werden; jedoch habe ich hierauf verzichtet, weil die Beschaffung guter Objecte hier am Ort zu viel Mühe und Kosten verursacht und weil ausserdem die im Umlauf befindlichen Sehproben weder allzu theuer, noch auch überhaupt für den Arzt entbehrlich scheinen.

Nach diesen Erörterungen, welche trotz ihrer elementaren Natur nicht gut umgangen werden konnten, sind nun noch die aus der mechanischen Anordnung des Instruments resultirenden Fehler zu besprechen. — Die immerhin kleinen Verschiebungen von je 0,4 Mm. pro Dioptrie werden gemessen durch eine Schraube, deren Ganghöhe 1 Mm. beträgt und durch welche die beiden, Linse resp. Object einschliessenden, Tubusstücke in einander verschraubt werden können. Die Schraube gestattet jederseits von der Nullstellung — (Object im Focus der Linse) — eine Verschiebung bis 10 Mm., so dass nach beiden Seiten je 25D gemessen werden können. Für die Ablesung sind die ganzen Millimeter in der Richtung der Längsachse auf dem Objet-Tubus aufgetragen, während die Zehntel am Umfange des anderen Tubus durch Theilung desselben in 10 Theile gegeben

sind. Demnach erhält man Dioptrien, wenn die in Zehntel-Millimetern abgelesene Zahl durch 4 dividirt wird, und da der todte Gang der Schraube noch keineswegs 0,1 Mm. erreicht, so besitzt die Messung auch nach dieser Seite alle erforderliche Genauigkeit.

Hinsichtlich der Anordnung der Linse ist zu bemer-



Natürliche Grösse.

a) Object-Tubus, auf welchem die Längstheilung befindlich. In demselben ist mittelst eines eingeschraubten Ringes der Tubus c mit der Objectplatte d verschiebbar.
b) Linsen-Tubus; ein Doppelrohr, dessen innerer Theil mit a verschraubt ist und seinerseits die Linsenfassung e, sowie den Stellring f trägt,—während der äussere Theil als Mantel das Rohr a umgreift und auf seinem unteren Rande die Zehntel-Theilung am Umfang trägt.
Das untere Ende der Object-Tuben a ist durch eine starke Schiene verbunden, auf welcher der eine Tubus sich hin- und herschieben lässt.

ken, dass ihr Abstand vom Auge durch einen besonderen, im Linsentubus versehraubbaren, Ring regulirt wird. Derselbe kann auch ganz entfernt werden und man sieht dann den Linsenscheitel im Niveau des Tubusrandes liegen. Im Mittel wird jener verstellbare Ring den Linsenscheitel um ca. 6—7 Mm. überragen müssen, damit beim leichten Ansetzen des Instruments an die Orbitalränder der geforderte Abstand von 20 Mm. zwischen den optischen Mittelpunkten von Auge und Linse erreicht werde. Will man von Fall zu Fall die Lage des Augen-Knotenpunkts genauer berücksichtigen, so kann der Ring sehr ausreichend höher oder tiefer geschraubt werden. Was indessen den durch ungenaue Stellung des Ringes im Messungsresultat auftretenden Fehler betrifft, so bleibt derselbe stets sehr klein, so lange jene Ungenauigkeit nicht 1—2 Mm. überschreitet und diese Grenzen lassen sich recht gut einhalten. Insbesondere bedeuten 2 Mm. Feststellung bei Messungen von resp. 5, 10, 15, 20 D einen Fehler von $^1/_{10}$, $^1/_5$, $^1/_2$, $^1/_1$ D im Resultat und eine Differenz von 1 Mm. bewirkt nur etwa die Hälfte dieser Fehler. Dieselben kommen also überhaupt nur bei hohen Graden von Ametropie in Betracht und man kann nun schon theoretisch schliessen, dass ein nach obigen Grundsätzen gebautes Instrument gut functioniren werde.

Es kommt aber endlich noch darauf an, die Wirkung der Accomodation auszuschliessen und dies kann dadurch geschehen, dass durch irgend ein Mittel die Augenachsen parallel gestellt und ohne bemerkbaren Zwang in dieser Lage erhalten werden. Zu diesem Zweck liess ich das beschriebene Instrument, das etwa einem sehr verkleinerten Burow'schen Optometer gleicht, in zwei genau gleichen Exemplaren anfertigen und dieselben zu einem Binocle verbinden. Die Wahl des Objectes erforderte einige Umsicht und mehrfache Proben. Die Bilder, welche jedem Auge geboten werden, müssen zunächst gewisse identische Contouren enthalten, damit ein ungezwungenes Zusammenfallen derselben bei der Betrachtung eintrete; sie müssen ferner noch je ein besonderes, scharfes Detail enthalten, welches nur vom entsprechenden Auge gesehen wird und als eigentliches Prüfungsobject zu dienen hat. Ich fand, dass passend hergerichtete geometrische Zeichnungen in photographischer Verkleinerung sehr brauchbare Objecte liefern und zwar benutzte ich direct das erhaltene Negativ.

Die Ocular-Tuben, durch welche die Einstellung erfolgt, bleiben unabhängig von einander, während die Object-Tuben durch einen Bügel verbunden sind, welcher zur Ajustirung auf jede Pupillardistanz verlängert resp. verkürzt werden kann, ohne dass der Parallelismus der Tubenachsen sich ändert.

Zur Bestimmung des Fernpunkts ist das Binocle in gewöhnlicher Weise nahe an die Augen zu bringen und zunächst nur ein mässig scharfes Bild einzustellen. Alsdann ist unter Fixation des Bildes der Bügel, resp. der eine Tubus auf dem Bügel, so lange zu verschieben, bis die verschwommenen Kreise der Sehfelder, also die Bilder der Blenden, welche 4 Mm. Durchmesser besitzen, zusammenfallen. Die richtige Stellung wird nach einigem Hin- und Herschieben leicht gefunden und zwar wird bei etwas Aufmerksamkeit die Pupillardistanz stets auf $^1/_2$ Mm. genau eingestellt. Natürlich muss man sich hüten, hierbei etwa das Bild der Blende fixiren zu wollen — alsdann würden die Augenachsen convergiren. Bei weniger intelligenten Personen oder in Fällen, wo man dem Auge möglichst jede Arbeit ersparen will, kann die Pupillardistanz vorher ermittelt und am Bügel eingestellt werden; immer aber ist die Ajustirung mit Sorgfalt vorzunehmen, denn ein Zusammenfallen der Bilder erfolgt ja auch schon bei gewisser Bewegung der Augenachsen und diese ist grundsätzlich auszuschliessen. Mittelst des für jedes Auge gesondert vorhandenen Details wird nun das Bild scharf eingestellt und es ist darauf zu achten, dass man mit der Einstellung nicht weiter geht als bis zum scharfen Erscheinen des Details, denn über diesen Punkt hinaus würde eine Accomodationsanspannung natürlich noch lange ein deutliches Bild wahrnehmen lassen. Bei richtiger Wahl des Objects und gehöriger Anleitung des Beobachters durch den Arzt verschwindet die Schwierigkeit vollkommen, welche bei ungenügenden Details sich der richtigen Einstellung entgegenstellt und ganz unüberwindlich ist. — Achtet man mit Sorgfalt auf diese Vorschriften, so kann man sagen, dass günstigere Bedingungen für die Entspannung der

Accomodation kaum zu schaffen sind und dass man, ähnlich wie beim Ophthalmoskopiren, nur in den allerseltensten Fällen nicht ohne Atropin zum Ziele kommen wird. Meine bisherigen Versuche zeigen, dass' diese Voraussetzung richtig ist und dass im Allgemeinen nur die oben rechnungsmässig bestimmten Fehler in Frage kommen, welche sämmtlich das Resultat kaum erheblich beeinflussen.

Ist eine monoculäre Fernpunktsbestimmung beabsichtigt, so wird man am Besten den einen Tubus vom Bügel ablösen und auf ein leichtes Stativ bringen. Dasselbe ist auch zur Nahepunktsbestimmung anzurathen, bei welcher der Beobachter unter möglichst convergenter Augenstellung den Tubus soweit vorschraubt, als die Accomodation noch ein deutliches Sehen gestattet.

Uebrigens ist das Object so hergestellt, dass sich der Astigmatismus in der üblichen Weise bestimmen lässt.

Aus der Beschreibung einiger binoculärer Optometer — von Seggel, Graefe, Hirschberg, Javal — von welchen ich nur das letztere zu Gesicht bekam, glaube ich schliessen zu dürfen, dass das Refractionsbinocle denselben in der Fernpunktsbestimmung mindestens ebenbürtig ist: es hat aber den Vorzug noch einige andere Anwendungen zu gestatten.

Die Brechkraft einer Linse wird gefunden, indem man sie am Ort des Auges aufstellt und eine matte Scheibe an die Stelle des Objects bringt. Das Bild entfernter Gegenstände kann dann mit Hülfe einer Lupe sehr scharf eingestellt und die Brechkraft der Linse direct in Dioptrien abgelesen werden. Diese Bestimmung mag zuweilen recht nützlich sein, wichtiger aber ist, dass sich das Instrument direct in den Dienst des Studiums stellt, denn es bildet ein sehr brauchbares Augenphantom, sobald das Object durch ein entsprechend hergerichtetes Bild des Augengrundes ersetzt ist. Dabei lege ich einigen Werth darauf, dass alle ophthalmoskopischen Uebungen wegen der geringen, den Verhältnissen des Auges nachgeahmten Dimensionen keineswegs allzu leicht gemacht sind.

Endlich kann nichts dem im Wege stehen, mit dem einen, auf ein Stativ gebrachten Tubus eine ganz objective Bestimmung des Fernpunkts nach der Methode von Schmidt-Rimpler vorzunehmen. Diese Anwendung habe ich aus Mangel an Zeit noch nicht nach allen Seiten durcharbeiten können, da die bequeme Centrirung aller zusammenwirkenden Theile, die richtige Wahl der Brennweiten des Spiegels und der Hülfslinse, sowie die passendste Form und Grösse der Schirmöffnungen noch einiger fortgesetzter Versuche bedürfen. Die Veröffentlichung bleibt somit einer späteren Zeit vorbehalten und ich mache jetzt nur darauf aufmerksam, dass sich ein wesentlicher Vortheil gegenüber der ursprünglichen Anordnung von Schmidt-Rimpler herausstellt: wird nämlich der Spiegel mit dem Tubus in unveränderlicher Entfernung verbunden, so dass sein Brennpunkt am Ort der matten Scheibe liegt, so ist es nicht mehr erforderlich die relative Brennweite bei jeder Beobachtung zu bestimmen, sondern man wird unter steter Benutzung der Hauptbrennweite des Spiegels die vorliegende Refraction ohne jede Zwischenrechnung direct am Instrument ablesen. Dieser Vortheil, welchen Schmidt-Rimpler bei seiner Anordnung selbst sehr lebhaft vermisst hat, ergiebt sich ja natürlich daraus, dass nicht mehr das Object, resp. der Spiegel, gegen die Linse verschoben wird, sondern umgekehrt die Linse gegen das Object, während doch das Auge stets seinen richtigen Abstand von der Linse behält.

Von den vielfachen Versuchen, welche ich mit diesem Optometer angestellt habe, können hier natürlich nur die wenigen angeführt werden, welche ich zur Demonstration auf der hiesigen Augenklinik anstellte und welche der Controle durch gleichzeitiges Ophthalmoskopiren unterzogen wurden. Es ergab das Binocle am 9. Februar a. c. bei den Herren

			Rechts.	Links.		
stud.	med.	Stöck	—4,5 D	—4,75 D	gegen —4,5	—4,5
»	»	Ryb.	—3,75 »	—4,5 »	» —4,5	—5,0
»	»	Chr. .	—5,1 »	—4,0 »	» —6,0	—6,0
Dr.	»	Kr. .	+0,5 »	+0,5 »	» +0,5	+0,5
»	»	Ad. .	+3,0 »	+3,25 »	» +3,0	+3,25

und zwar wurden die ersten drei Refractionen unmittelbar mit dem Ophthalmoskop nachgeprüft, während die beiden letzten von den betreffenden Herren als ihre, denselben wohlbekannte Refraction, bestätigt wurde!

Die auffallende Abweichung bei Herrn stud. Chr. . . zeigte mir, dass das Object noch verbessert werden müsse, denn es gelang nur geübteren Beobachtern, festzustellen, wann die Grenze der scharfen Einstellung erreicht sei. Da übrigens Herr Chr. . . bei mehreren Versuchen stets 1 bis 2 D weniger erhielt als die ophthalmoskopische Bestimmung auswies, so gab mir dies den sehr erwünschten Beweis, dass der Beobachter sich nie versucht fühlt über die grösste Schärfe hinaus zu gehen, und dass im vorliegenden Falle die Fehlbestimmung nur dadurch zu Stande kam, dass die Details des Objectes einen gewissen Grad von Verschwommenheit besassen — dass also der vorsichtige Beobachter schon etwas zu früh die grösste Schärfe erreicht zu haben glaubte. — Es wurde nach dieser Erfahrung der Verbesserung des Objects natürlich die grösste Aufmerksamkeit geschenkt und es gelang endlich eines herzustellen welches nicht unpassend mit den bekannten Abbe'schen Test-Objecten für Mikroskope verglichen werden kann. Dasselbe genügt uunmehr allen Ansprüchen, denn es kann offenbar gar kein Zweifel darüber bestehen, wann eine wirklich scharf abgegrenzte Contour scharf erscheint und wann verschwommen. Hergestellt wurde das Object von einem hiesigen Dilettanten in der Photographie, dem Maler Lucas, welcher keine Mühe scheute um etwas Zweckentsprechendes zu Stande zu bringen. Das Instrument selbst ist nach meinen Angaben vom hiesigen Universitätsmechaniker P. Schultze angefertigt und von ihm jederzeit zu einem Preise zu erhalten, welcher etwa demjenigen für ein Refractions-Ophthalmoskop gleich kommen wird.

Ein Fall von schwerer Kopfverletzung mit Ausgang in Heilung.

Casuistische Mittheilung

von

Dr. H. Seeberg,

in Serben (Livland).

Kristine Klarin 35 a. n. aus Sermus in Livland, stark gebaut, gesund und kräftig, war am 25. November 1891 beim Suchen nach Spänen mit dem Kopfe unter das scharf gezähnte Rad einer zum Fugen von Schindeln benutzten Maschine gerathen. Wie an den im Stirnbein gebildeten, nach hinten sich allmälig vertiefenden Fugen sichtbar war, hatten die Zähne des Rades über der Stirne, in sagittaler Richtung, oberflächlich angesetzt, dann in der Nähe der Coronarnaht die Schädeldecke bereits vollständig durchsetzt, auf ihrem weiteren Wege die beiden Scheitelbeine von ihrer Innenfläche erfasst und aus denselben mehrere grössere und kleinere Stücke herausgebrochen von denen ein Theil mit dem Periost noch in Zusammenhang stand. Der dadurch entstandeneDefect betrug in sagittaler Richtung etwa 2 Ctm., in frontaler ca. 6 Ctm. Bei näherer Untersuchung zeigte es sich, dass durch diesen Eingriff die beiden Scheitelbeine in ihrer Verbindung mit den Schläfenbeinen, dem Stirn- und Hinterhauptsbein derartig gelockert waren, dass sie sich an der Margo coronaria leicht um so weit emporheben liessen, dass man einen Einblick bis in die Gegend der Lambdanaht gewinnen konnte. Dem Verlauf der tiefgehenden Radzähne entsprechend war natürlich auch das Gehirn nicht unverletzt geblieben. Wie tief diese Verletzung stattgefunden, konnte nicht genau bestimmt werden, da die dabei erforderlich gewe-

sene Entfernung sämmtlicher Blutgerinnsel eine erneute starke Blutung befürchten liess. Der Blutverlust aus den Sinus musste ein beträchtlicher gewesen sein, da Patientin ohne Verband erst einen Weg von 13 Werst zurückgelegt und ausserdem noch ca. 2 Stunden auf meine Rückkehr von einer Krankenfahrt gewartet hatte. Die beiden Handtücher, mit denen der Kopf bedeckt war, und die Kleidung des Oberkörpers waren vollständig blutdurchtränkt.

Nachdem der Kopf rasirt war, wurde die über das Niveau des Stirnbeins hervorgedrängte, mit Spänen, Haaren und feinen Knochentheilchen durchsetzte Hirnmasse leicht entfernt, die Scheitelbeine und ebenso die mit dem Periost in Zusammenhang stehenden Knochensplitter nach Möglichkeit in ihre ursprüngliche Lage gebracht und darüber die in Fetzen auseinandergerissenen Weichtheile genäht. Der in den Knochen gebildete Defect liess sich dabei zum Theil ganz gut decken Antisept. Verband. Eisblase.

Der Verlauf der eintretenden Heilung war ein überraschender: Kein Fieber, keine Störungen des Sensoriums, vollständige prima intentio. Patientin klagte nur über Eingenommensein des Kopfes und einen dumpfen Schmerz in der Stirngegend.

Trotz der energischen Vorstellungen liess sich Patientin nicht bewegen im Lazareth zu bleiben «da sie zu Hause ein Kind zu stillen und eine Kuh zu verpflegen habe» und fuhr dann so nach erfolgtem Verbande wiederum ab. Anfangs kam sie alle 2 Tage zum Verbandwechsel herüber, später seltener und stellte am 12. Tage nach der Verletzung ihre Fahrten überhaupt ein.

Ich habe Patientin nach Verlauf von 2 Monaten wiedergesehen und erfahren, dass sie keinerlei schlimme Folgen der Verletzung verspüre und seit einiger Zeit bereits nach wie vor ihrer Arbeit nachgehe.

Referate.

Die operative Behandlung der Appendicitis.

I. Ch. Mc. Burney: Die Indicationen zu frühzeitiger Laparotomie bei Appendicitis. (Annals of Surgery. April 1891. Vol. XIII. Nr. 4. pg. 233).

In einer grossen Anzahl von Fällen ist Peritonitis bei Männern Folgezustand eines Entzündungsprocesses am Processus vermiformis. Appendicitis ist eine chirurgische Krankheit; die Mortalität ist keine geringe und wäre noch grösser, wenn alle Fälle conservativ behandelt werden würden. In etwa der Hälfte der Fälle beginnt der Anfall mit Schmerzen in der Fossa iliaca d.; B. räth zur Sicherung der Diagnose auf die Gegend des Coecum einen festen Druck mit der Fingerspitze auszuüben. Der Kranke wird gleichzeitig zum Husten angehalten. In den meisten Fällen wird die empfindlichste Stelle eine ganz bestimmte sein, $1^1/_2$—2 Zoll nach innen von der Sp. ant. sup. d. auf einer Linie, die zum Nabel führt, entsprechend der Basis des Proc. vermiformis. Schüttelfrost, Erbrechen oft vorhanden, nicht regelmässig. Temperaturerhöhung und Starrheit der Musculatur des Bauches rechts sind wichtige Zeichen. Meteorismus kein constantes, wenn rasch sich entwickelnd kein günstiges Symptom. Ein Tumor braucht in den ersten Tagen nicht fühlbar zu sein, doch ist er in der Regel am 3. Tage schon da. Beachtungswerth ist die Pulscurve. Die Probepunction zu diagnostischen Zwecken verwirft B. Die Erkrankung ist immer sehr ernst zu nehmen. Auch der scheinbar leichteste Fall kann plötzlich durch Perforationsperitonitis letal enden.

Im Allgemeinen ist anzuordnen: absolute Ruhe, Hungerdiät; Abführmittel und Clysmata sind zu vermeiden; local Kälte. — Der Processus kann plötzlich perforiren oder allmälig, nachdem Adhaesionen Zeit gehabt sich zu bilden. Es kann aber auch ohne Perforation um die Appendix eine Eiterung eintreten und bei fehlendem Schutz durch Adhaesionen ins Becken überfliessend dieselben Symptome hervorrufen, wie wenn die Appendix gleich von vornherein perforirt wäre. Ueber das Schicksal des Kranken entscheiden oft die ersten 24 Stunden. Der Tod tritt durch Sepsis ein. B. giebt zu dass es eine grosse Zahl von leichten Fällen von Appendicitis giebt, die oft gar nicht ärztliche Hülfe beanspruchen. Von jedem Arzt oder Chirurgen, der zu einem Fall von Appendicitis gerufen wird, kann man billigerweise verlangen, dass er die Diagnose so früh wie möglich stellt und den Kranken öfters untersucht. Verschlimmert sich der Krankheitszustand am Ende des 2. Tages, so ist ein operativer Eingriff ernstlich zu erwägen. B. verlangt die Operation, sobald nach 36 St. Verschlimmerung eintritt. Durch Laparotomie entfernen wir die Ursache, den Processus selbst, über dessen eigentlichen Zustand wir vollkommen im Dunkeln sein können. Warten wir, bis Anzeichen einer Peritonitis da sind, so ist jeder Eingriff zu spät. Zu fürchten ist die septische Parese des Darms, von der B. Niemanden hat genesen sehen. Die Operation ist selbstverständlich eine ernste, obwohl heutzutage weniger gefährlich. Sie erfordert allgemeine chirurgische Erfahrung, gute Assistenz etc. B. hat in 24 Fällen (21 Männer, 3 Weiber), alle unter 36 a. n., operirt, von denen 23 mit Genesung endeten. 6 wurden am 2. Tage, 14 am 3., 2 am 4., 2 am Ende einer Woche operirt. Letal endete ein Fall, wo schon vor der Operation Sepsis bestand.

II. W. Keen: Die Indicationen zu frühzeitiger Laparotomie bei Appendicitis. Annals of Surgery 1891. I. pg. 255.

Bei der sogenannten Perityphlitis ist der Ausgangspunct der Erkrankung in den weitaus meisten Fällen die Appendix, nicht das Coecum. K. unterscheidet klinisch 5 Formen von Appendicitis: 1) Eine milde Form mit guter Prognose, wo kein Abscess sich bildet. 2) Eine schwere, wo Perforation des Processus eintritt und allgemeine Peritonitis entsteht: a) gleich am Anfang des Anfalls, b) im späteren Verlauf einer anfangs leicht scheinenden Erkrankung (durch Perforation des Processus oder eines perityphlitischen Abscesses). 3) Eine mittelschwere, wo ein circumscripter Abscess sich bildet und nach 2—4 Wochen Genesung eintreten kann (nach einem entsprechenden Eingriff). 4) Fälle, wo der Abscess sehr langsam sich entwickelt (bis zu einem Jahre). 5) Recurrente Appendicitis, wo Anfall auf Anfall folgt in längeren oder kürzeren Pausen. Die milde Form befällt $^1/_3$ aller Erwachsenen. Operation nicht nöthig. Bei der 2. Form ist sofortige Laparotomie dringend angezeigt, aber wenig aussichtsvoll. Bei der 3. wäre eine Probelaparotomie in befugten Händen am Platz. Verschlimmerung der Schmerzen und Temperatursteigerung ausschlaggebend. Eiter findet man früher, als man glaubt. Die Operationen fallen auf den 5.—12. Tag. Bei Schmerzen in der Fossa iliaca d., Erbrechen, Starrheit der Bauchmuskeln rechts, Geschwulst, Oedem der Bauchdecken, Temp. 102° F. soll am 2.—3. Tage operirt werden. Ist ein Abscess gefunden, so muss der Eiter entfernt und die Höhle ausgewaschen werden.

III. L. A. Stimson: Die Technik der Operation zur Heilung der Appendicitis. (Annals of Surgery 1891. I. pg. 264).

Die Operationen sind wesentlich zweierlei Art. Entweder es wird intraperitoneal der Processus entfernt, oder extraperitoneal ein Abscess eröffnet. Im ersten Falle sind natürlich alle Cautelen zu beobachten, die bei einer Laparotomie üblich. Incision in der Medianlinie unter dem Nabel oder am äusseren Rande des Rectus abdominis dexter. Letztere empfehlenswerth, weil dem Sitze der Erkrankung näher. Die Därme werden zur Mittellinie und nach oben geschoben und mit flachen Schwämmen und Compressen zurückgehalten. Sieht man die Appendix nicht, so lüftet der Operateur das Coecum und sucht hinter demselben. Ist der Processus gefunden und frei, so wird eine Aneurysmanadel mit doppelter Catgutligatur armirt durch das Mesenterium dicht an der Basis der Appendix herumgeführt. Die Ligatur wird entzwei geschnitten, das eine Ende um das Mesenterium, das andere um den Appendix geschlungen und geknüpft. Die Appendix wird dicht vor der Ligatur abgeschnitten. Der Stumpf wird mit starker Carbolsäure desinficirt oder mit dem Paquelin verschorft. Damit beim Durchschneiden kein Inhalt die Bauchhöhle verunreinige, werden 2 gestielte Schwämmchen dicht darunter gehalten. S. meint, dass Einrollen der Ränder des Stumpfes sei nicht immer möglich und auch unnöthig. Ist die Appendix schwer zu finden, so dient zur Orientirung das Längsbündel ungestreifter Muskeln, welches an der vorderen Fläche des Colon ascendens zieht und in der Appendix endet. Adhaesionen werden stumpf gelöst oder zwischen 2 Ligaturen durchschnitten. Die Spitze des Processus ist manchmal fest am Boden der Fossa iliaca d. verwachsen. Eiterhöhlen müssen energisch desinficirt werden. Macht man die Operation im späteren Stadium der Erkrankung und ist die Appendix nicht zu erkennen, weil sie eingebettet zum Theil die Abscesswandung bildet, so ist es besser nicht daran zu rühren, sondern mit der Eröffnung und Drainirung des Abscesses sich zu begnügen. Soll ein grosser Abscess eröffnet werden, so ist der schräge Schnitt (wie zur Unterbindung der Iliaca ext.) vorzuziehen. Auch S. verwirft die Probespritze. Ist der Abscess im Becken hinter der Blase, so eröffnet ihn S. durch die vordere Wand des Rectum.

IV. G. Fowler: Die Technik der Operation bei Appendicitis. (Ibidem).

F. stimmt im Wesentlichen mit S. überein. In Fällen, wo die Patienten nicht in der üblichen Weise zur Laparotomie vorbereitet werden konnten, bestreicht F. die Incisionsstelle mit T. Jodi. Schnitt am äusseren Rande des Rectus d. Stösst man auf Eiter, so wird er weggewischt. Die Operation setzt man fort, bis man Eiter oder die Appendix gefunden. Drainirt wird mit Drainrohr und Gaze. Ausspülung der Bauchhöhle wird verworfen. Wo ein Tumor ist, ist meist auch Eiter. Kothpartikelchen im Eiter verschlimmern die Prognose nicht sonderlich,

V. A. Carbot: Ein Fall von recidivirender Appendicitis, in welchem die Appendix in der Zeit zwischen den Anfällen entfernt wurde. Genesung. (Boston med. surgical Journal. 1891. Jan. 15. pg. 57).

C.'s Patient (25 Jahre alt) hatte im Laufe eines Jahres 4 Anfälle überstanden. Der erste Anfall dauerte blos einige Stunden, die übrigen einige Tage. Bei der Untersuchung (freier Moment) fand C. keine Schmerzhaftigkeit in der Fossa iliaca. Nur bei tiefer Palpation konnte er eine längliche Masse durchfühlen, welche unter seinen Fingern rollte und die unbedeutend empfindlich war. Diagnose: Appendicitis catarrhalis. Da P. Geschäftsreisen in die unwirthlichsten Gegenden unternehmen musste, fern von ärztlicher Hilfe, so entschloss sich C. operativ vorzugehen. Operation am 3. November 1890. Der Schnitt 3 Zoll lang in der Linea semilunaris rechts. Die Mitte des Schnitts entsprach dem Punct, wo der Processus gefühlt worden war. Das Coecum wurde leicht gefunden und herausgeführt. (Der Processus war stark nach hinten geknickt). Ligatur, Excision. Die Serosa wurde circulär umschnitten und etwas zurückpräparirt; Muscularis und Mucosa werden näher zur Ligatur durchschnitten. Die seröse Manchette wird eingeschlagen und mit einigen Lembertnähten geschlossen. Genesung nach 16 Tagen. Der Processus war verdickt, die Schleimhaut stellenweise exulcerirt.

VI. H. Elliot: Appendicitis. Einjährige Erfahrung in der Privatpraxis. (Boston med. surgical Journal 1891. May 21. Nr. 21).

In 1 Jahre 13 Fälle. 2 Todte.

Fall II. 50jährige Dame. Consultation am 7. April 1890. Anfall vor 3 Tagen. Abdomen aufgetrieben, Schmerzhaftigkeit und geringe Resistenz rechts. Temp. erhöht. Operirt am nächsten Tage. Incision 2" nach innen von der Sp. ant. sup. d. Bei Eröffnung der Bauchhöhle präsentirt sich das Omentum entzündet, verdickt, überallhin adhaerent. Der Finger geräth in ein ganzes Netzwerk von Adhaesionen. Die Appendix tief in der Fossa iliaca, stark verdickt, von der Grösse eines Mannesdaumens, gangränös. Ligatur, Excision. Nach Desinfection des Stumpfes wurde die Wunde mit Jodoformgaze ausgefüllt und ein Drainrohr eingeführt. Wunde der Bauchdecken offen gelassen. Genesung durch septische Pneumonie und Thrombose des linken Beins aufgehalten.

Fall III. 54jährige Dame. Der Anfall begann mit einem plötzlichen heftigen Schmerz in der rechten Seite. Erbrechen und Stuhlverstopfung. Temperaturerhöhung, 102° F. Die ersten 2 Tage Besserung, am 3. Verschlimmerung. Operation abgelehnt. Nach 14 Tagen: Abdomen aufgetrieben, rechte Iliacalgegend mit einer festen Masse ausgefüllt, empfindlich auf Druck. Bettruhe. In 2 Monaten ohne Operation genesen.

Fall IV. Perforation der Appendix. Allgemeine eitrige Peritonitis. Excision der Appendix. Genesung. 35jähriger Mann. Vor 4 Tagen Koliken während des Abendessens. Dieselben wurden zur Nacht schlimmer. Vor 2 Tagen Ol. Ricini. Auftreibung des Bauches, stetige Verschlimmerung. Operation am 5. Tage. Incision von 2 Zoll grade über dem Tumor. Nach Eröffnung des Peritoneum kam etwas stark übelriechender Eiter zu Tage. Allgemeine eitrige Peritonitis. Durch eine Oeffnung in der Medianlinie wurde ein langes Glasrohr in die Tiefe des Beckens geführt. Ausspülung der Bauchhöhle mit heissem Wasser. Excision der Appendix und eines Theils des Omentum. Die Wunden werden offen gelassen. 3 Drains und Jodoformgaze. Die Appendix war 5 Zoll lang, daumendick, entzündet, 1/2 Zoll vom Ende gangraenös, perforirt. Genesung nach 2 Monaten.

Fall IX. 23jährige Dame. Plötzlich starke Schmerzen in der rechten Seite und Empfindlichkeit auf Druck. T° 103. P. 120 Obstipatio alvi. Nach 3 Tagen werden T° und P. normal. Am 8. Tage wieder erhöht und dann allmälig wieder normal. Genesung nach 6 Wochen ohne Operation.

Fall XI. Entfernung einer perforirten Appendix am 4. Tage. Allgemeine purulente Peritonitis. Tod am 14. Tage.

25jähriger Mulatte. Einige Tage vor dem Anfall verstopft. 4. März 1890 3 Entleerungen und Schmerzen. Erbrechen. 5. März Erbrechen, Schüttelfrost, Collaps. 6. März Meteorismus Temp. 100. Puls 95. Bis 8. März Verschlimmerung. Operation. Bei der Incision entleert sich Eiter aus einer grossen Höhle. Excision des Fortsatzes. Drain, Jodoformgazetamponade und Offenlassen der Wunde. Tod nach 10 Tagen an allgem. Peritonitis. Die Operation hätte am 2. Tage gemacht werden müssen.

Fall XIII. Gangränöse Appendix; Perforation des Coecum. Beginnende purulente Peritonitis. Excision der Appendix, Zunähen der Perforation am 4. Tage. Tod am 14. Tage.

30jähriger Mann. Erkrankung 26. Februar 1891. Erbrechen, Schmerzen um den Nabel. 27. Februar Verschlimmerung, Abführmittel. 28. Februar Schüttelfrost, Abdomen etwas aufgetrieben, Schmerz und geringe Empfindlichkeit in der Nabelgegend. 29. Februar Operation. Entleeren von etlichen Eiterhöhlen zwischen den Gedärmen. Die Appendix fand man vom Coecum abgetrennt, nur am Mesenterium hängend. Im Coecum eine Oeffnung für den Finger durchgängig. Das Coecum stark entzündet, theilweise gangränös, dick, brüchig. Die Perforationsöffnung wurde vernäht, die Eiterhöhlen ausgewaschen, drainirt (Drainrohr, Jodoformgaze). Die äussere Wunde wurde offen gelassen. Starb an Lähmung der Därme.

Nach Ansicht des Autors ist die Sterblichkeit der Fälle, welche in den ersten 3 Tagen operirt worden, keine grosse. In den früh ausgeführten Operationen schneidet man die Appendix heraus, bevor sie einreisst oder sich Eiter bildet. Später sind die Kranken septisch. Wir haben es dann mit mehr oder weniger ausgedehnten Eiterhöhlen zu thun und selbstverständlich wird die Prognose schlechter. Feste Regeln zum Handeln kann es natürlich nicht geben. Im Allgemeinen sollen schwere Fälle sogleich, leichte garnicht operirt werden. Ist das Abdomen aufgetrieben, gespannt, sind Schmerzen da, Erbrechen, Aufstossen, frequente Respiration, Delirium, Schüttelfröste so muss, wenn wir überhaupt was thun wollen, sofort zur Operation geschritten werden. Temperaturerhöhung ist nicht so wichtig wie Pulsfrequenz bei Beurtheilung eines Falles. In 4 Fällen fand Verf. den perforirten gangränösen Processus vom Omentum eingehüllt.

VII. H. Marcy: Recidivirende Appendicitis mit Bildung von Adhaesionen am Kopf des Coecum. Operation. Heilung. (Boston medic. surgical Journal. May 28. 1891).

P. ein 29 j. Dr. med. Fühlte im März 1885, bei einer zufälligen Anstrengung, dass etwas in der rechten Iliacalgegend nachgebe. Einige Stunden danach Frost und Temperaturerhöhung Perityphlitis. Genesung nach einem Monat. 1886. 8 Anfälle in 8 Monaten. Dieselben dauerten 3—4 Tage. Verlangt dringend operative Hilfe. Operation am 9. November 1886. Appendix kürzer und umfangreicher wie gewöhnlich. Unbedeutende Adhaesionen erstreckten sich vom Kopf des Coecum nach verschiedenen Richtungen. Die Appendix selbst frei und leer. Die oben erwähnten Adhaesionen wurden getrennt, der Processus aber nicht entfernt. Seitdem sind keine Anfälle mehr wiedergekommen. Zur selben Zeit wurde die Radicaloperation einer linksseitigen Inguinalhernie ausgeführt. Heilung.

Butz.

F. Nissen: Ein experimenteller Beitrag zur Frage der Milzbrandbehandlung. (Deutsche medicin. Wochensch. Nr. 53. 1891).

Verf. versuchte auf dem Wege des Experiments die für den Praktiker überaus wichtige Frage zu entscheiden, ob es möglich ist, zu der Zeit, wo die Diagnose «Milzbrand» sichergestellt ist, durch Entfernung der inficirten Stelle sämmtliche Milzbrandkeime aus dem Körper zu entfernen. Er impfte grosse, kräftige Kaninchen an der äussersten Stelle einer Extremität mit virulentem Milzbrandmaterial und setzte dann die Extremität möglichst weit entfernt von der Injectionsstelle ab. Als Resultat ergab sich, dass schon 2—3 Stunden nach der Impfung, trotz Absetzung der der Impfstelle zugehörigen Extremität, der Tod des Versuchsthieres an Milzbrand nicht abgewendet werden konnte. Innerhalb dieser Zeit müssen also bereits die Keime jenseits der Absetzungsstelle gelangt sein. Auf Grund seiner Versuche verwirft N. eine radicale operative Therapie der Pustula maligna. Verf. hat ferner Versuche mit circulärer Abschnürung der Extremität unternommen und gefunden, dass die sofortige Umschnürung eines Gliedes einen vollkommenen Wachsthumsstillstand der auf die Wunde gebrachten Milzbrandbacillen zu Stande bringt, so dass man im Stande ist durch schleuniges Ausbrennen der Wunde eine Vernichtung sämmtlicher Anthraxbacillen zu bewirken und hierdurch den Ausbruch der Allgemeininfection zu verhindern.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Albert Moll: Die conträre Sexualempfindung mit einem Vorwort von Krafft-Ebing. (Berlin. 1891. Fischer's med. Verlag).

Seit der berühmten Veröffentlichung Westphal's über die conträre Sexualempfindung und besonders seit der bekannten Abhandlung Krafft-Ebing's «Psychopathia sexualis» ist das Interesse der weitesten Kreise für die sexuellen Perversionen wachgerufen und die Zahl der Beobachtungen mehrt sich von Tag zu Tage. In vorliegender Monographie ist nun zum ersten Male die conträre Sexualempfindung gesondert dargestellt worden, wobei die übrigen Formen der geschlechtlichen Abweichungen nur so weit Berücksichtigung fanden, als sie mit der conträren Sexualempfindung in Zusammenhang stehen. Dem Autor, dem wir schon früher als Verfasser

eines Werkes über den Hypnotismus begegnet sind, kam der Umstand zu Gute, dass das Berliner Polizeipräsidium ihn in seinen Bemühungen thatkräftig unterstützte und in die Lage versetzte, das Leben und Treiben dieser «Stiefkinder der Natur» aufs Genaueste kennen zu lernen. Die Zahl conträr veranlagter Individuen, die unser Autor sah, beziffert sich auf Hunderte und es ist im Interesse der Sache zu beklagen, dass er sie nicht alle persönlich exploriren konnte, sondern gewissermaassen aus der Vogelperspektive über ihre Gewohnheiten etc. berichtet. Das Buch erhält dadurch nur zu sehr den Charakter des Feuilletons und unterscheidet sich wesentlich von den einschlägigen Publicationen Krafft-Ebing's, der vor Allem klinische Krankheitsbilder zeichnet und soweit er sich nicht auf Autobiographien verlässt eine körperliche Untersuchung jedes einzelnen vorführt. Das umfangreiche vorliegende Werk gliedert sich in viele Theile, die Allgemeines, Theoretisches, Aetiologisches, Diagnostisches u. a. m. enthalten. Was den historischen Theil betrifft, so ist er recht aphoristisch gehalten und sind die Thatsachen nicht immer mit einer gehörigen Kritik vorgetragen. Aufgefallen ist Ref., dass der sonst so belesene Autor der «göttlichen Comödie» gar nicht erwähnt, in der ein ganzer Gesang von den «Sodomisten» handelt. (Hölle XV, VII Kreis, 3 Ring. Brunetto Latini, Franz von Accorso, Priscian.

«Gelehrte sind und Pfaffen hier vereint
Von grossem Ruf, die einst besudelt waren
Mit jenem Fehl, den jeder nun beweint»).

Der Abschnitt «moderner Uranismus [1]) enthält eine Fülle interessanter Bemerkungen und Beobachtungen. Die Neigung dieser Unglücklichen zum Lügen und Uebertreiben wird ins rechte Licht gesetzt und nur dasjenige als wahr angenommen, was von allen Seiten als wahr bestätigt wird. Völlig richtig ist die Bemerkung des Autors, dass Knaben vor der Pubertät sehr häufig eine an Liebe grenzende Zuneigung zu anderen Knaben empfinden, welche sich späterhin ganz und gar verliert. Ref. erinnert sich aus seiner eigenen Schulzeit einer ganzen Reihe derartiger Verhältnisse, in denen es zu förmlichen Liebes- und Eifersuchtsscenen kam, ohne dass bei diesen Knaben auch nur eine Spur homosexualer Empfindung zurückgeblieben wäre, allerdings muss er gestehen, dass es sich in allen ihm erinnerlichen Fällen um psycho-resp. neuropathische Individuen handelte. Von allgemeinem Interesse ist die Angabe, dass Urninge am liebsten mit Männern von normaler geschlechtlicher Anlage verkehren, wodurch der Boden für eine männliche Prostitution und für Erpresserthum aller Art gegeben ist. Die sexuellen Perversionen sind soweit sie die conträre Sexualempfindung compliciren besonders behandelt. In Anlehnung an Krafft-Ebing werden die wichtigen Begriffe Perversion und Perversität (lasterhafte Handlung) hervorgehoben und es wäre nur zu wünschen, dass der richtige Gebrauch dieser beiden Begriffe eine möglichst weite Verbreitung fände. Unter den Perversionen beschreibt der Autor eine neue und nennt sie Mixoskopie. Es handelt sich um Individuen, die nur durch den Anblick des Coitus (μιξις) geschlechtlich erregt werden. Ref. glaubt nicht, dass dieses Wort sich einbürgern wird und er kann den Nutzen nicht einsehen, jede neue sexuelle Perversion, deren es wahrscheinlich unzählige giebt, mit neuen und fremdartigen Namen zu belegen. Lesenswerth ist der Abschnitt über psychosexuale Hermaphrodisie und die Aetiologie der conträren Sexualempfindung insonderheit die Ausführungen über die angeborene und die erworbene conträre Sexualempfindung. Anerkennt man den Begriff der psychosexualen Hermaphrodisie, so lässt sich in der That aus der vorhandenen Casuistik kein Fall von erworbener conträrer Sexualempfindung anführen, der nicht die Deutung des psychischen Zwitterthums zuliesse. In den Fällen von psychosexualem Zwitterthum wird sich wohl immer ein occasioneller Ursprung der Perversion nachweisen lassen und dürfte die Anschauung Meynert's (den der Autor beiläufig gesagt keinmal erwähnt), dass alle Fälle von conträrer Sexualempfindung einen occasionellen Ursprung tragen auf das Gebiet der psychischen Hermaphr. einzuschränken sein. Um über die Art der Perversion ins Klare zu kommen, bedient sich der Autor der Träume, als Hilfsmittel zur Diagnose. Ref. hat es sich seit längerer Zeit zur Regel gemacht, jedes anscheinend neurasthenische Individuum mit Klagen in der Geschlechtssphäre nach der Art der Träume mit Samenergiessungen zu fragen und ist oft auf die überraschendsten aber immer das Krankhafte erklärende Angaben gestossen. Was die Ansicht des Autors betrifft, dass homosexualer Geschlechtstrieb als einziges krankhaftes Symptom auftreten könne, so möchte Ref. a priori daran zweifeln und die Ueberzeugung aussprechen, es werden sich in solchen Fällen bei geeigneter langwährender Beobachtung noch anderweitige Krankheitssymptome nachweisen lassen. Die conträre Sexualempfindung beim weiblichen Geschlecht ist, wie es sich von selbst versteht, kurz abgehandelt und das wenig Bekannte zusammengestellt. Die Vorschläge des Autors die Paragraphen des deutschen Strafgesetzbuchs 175 und 361, Absatz 6 dahin abzuändern, dass Urninge im Falle öffentlichen Aergernisses in der Irrenanstalt, nicht im Gefängnisse untergebracht werden sollen und dass die männliche Prostitution nach Art der weiblichen gesetzlich beaufsichtigt werde, können auf allseitige Zustimmung rechnen. Behr (Riga).

[1]) Der Name leitet sich her von Aphrodite Urania cf. Plato Symposion cap. 8 flg.

Martin Mendelsohn. Der Comfort des Kranken. 2. Aufl. Berlin 1892. Aug. Hirschwald.

Die sehr lesenswerthe Schrift beansprucht nicht, eine vollständige Anleitung zur Krankenpflege zu geben; sie soll nur den Arzt oder den mit der Pflege betrauten Laien dazu anregen, der Bequemlichkeit des Kranken die sorgfältigste Beachtung zu schenken. Der Verfasser legt ein feines Verständniss für die Bedürfnisse des kranken Menschen an den Tag und bringt in dankenswerther Weise gar viele bekannte aber oft vergessene, scheinbar unbedeutende aber für das Behagen des Kranken sehr wichtige Dinge in Erinnerung. «Es giebt auch Annehmlichkeiten für den Kranken» lautet das dem Hippokrates entnommene Motto und der Verf. weist uns darauf hin, wie mit grösseren oder geringeren Mitteln solche Annehmlichkeiten geschafft oder wenigstens Unannehmlichkeiten erspart werden können. Man wird ihm Recht geben müssen, wenn er es als einen Mangel des klinischen Unterrichtes bezeichnet, dass der Studirende auf die hier in Betracht kommenden Momente gar nicht aufmerksam gemacht und in der Krankenpflege überhaupt gar nicht unterwiesen wird, und man wird ihm darin beistimmen, dass gerade in den grossen Krankenhäusern, wo der angehende Arzt ausgebildet wird, viel zu wenig Rücksicht auf all' Das genommen wird, was zum Comfort des Kranken gehört; ohne das Budget solcher Anstalten wesentlich zu vergrössern, könnte und müsste das Loos der darin Verpflegten in dieser Richtung verbessert werden, schon allein um der allgemeinen Furcht vor der Hospitalbehandlung entgegenzuarbeiten. Man mag im Einzelnen die Hinweise und Vorschläge des Verf. für zweckmässig halten oder nicht, in der Hauptsache wird man ihm beipflichten und dankbar sein nicht nur für die zahlreichen praktischen Fingerzeige, sondern auch für den Eifer, mit dem er im Interesse der leidenden Menschheit Propaganda macht. Die Lectüre des Büchleins wird durch den frischen manchmal fast zu flotten Styl und durch interessante historische Anmerkungen gewürzt. Wir empfehlen dieselbe Allen, die berufsmässig oder gelegentlich mit Krankenpflege etwas zu thun haben, ganz besonders aber den Directoren und Oberinnen von Kliniken, Hospitälern, Diakonissenhäusern, etc. Blessig.

P. Hampeln: Ueber Erkrankungen des Herzmuskels. Stuttgart Verlag von Ferd. Enke 1892.

Die Krankheiten des Herzmuskels sind in den meisten Lehr- und Handbüchern im Vergleich mit den Klappenfehlern stiefmütterlich behandelt. Vorliegende Arbeit des bekannten rigaschen Arztes verdient um so mehr die Beachtung der Collegen, als ja die erwähnten Krankheiten in der Praxis ziemlich häufig vorkommen. Ein näheres Eingehen auf die Arbeit H.'s verbietet der Raum dieser Wochenschrift, es soll nur einiges Interessante aus der anregend geschriebenen Monographie erwähnt werden.

Verf. legt seinen Ausführungen 120 secirte Fälle von Erkrankungen des Herzmuskels zu Grunde (Klappenfehler sind ausgeschlossen), die im Laufe von 5½ Jahren unter 1410 Sectionen vorkamen. Acute Schädigungen der Herzthätigkeit werden in seltenen Fällen zugegeben, dagegen die Ueberanstrengung des Herzens als klinische Krankheitsursache zurückgewiesen. H. weist darauf hin, dass die Folge körperlicher Ueberanstrengungen nur als «Ueberanstrengungshypertrophie», deren Vorkommen er keineswegs in Abrede stellt, bezeichnet werden kann. Mit dieser darf aber die Vorstellung einer Erkrankung im eigentlichen Sinne des Wortes nicht verbunden werden. Ein grosser Theil der Arbeiter, welche eine derartige Hypertrophie acquiriren, wird nicht herzleidend, da mit dem Aufgeben anstrengender Arbeiten eine Rückbildung der Hypertrophie eintritt. Es verhindert die entstehende, compensirende Hypertrophie Krankheit und Tod, wohl kann sie den Boden für weitere Krankheitsentwickelung abgeben; ein hypertrophirtes Herz kann in Folge anderer Organerkrankungen (Arteriosklerose, Emphysem, Pleurasynechien) oder sehniger oder fettiger Entartung des Herzmuskels selbst insufficient werden. Als aetiologische Momente eigentlicher Herzmuskelerkrankungen sind einerseits Infection und Intoxication anzusehen: in erster Linie Syphilis und Alkoholmissbrauch, daneben Gonorrhoe und Autointoxication in Folge von Gicht, Nephritis und Diabetes, andererseits die Senilität (senile Myocardio-, Arterien- und Nierensklerose).

Die Diagnose der chronischen Karditis muss wegen Mangels directer Zeichen per exclusionem gestellt werden; das Krank-

heitsbild ist das einer zunächst vorübergehenden schliesslich dauernden Herzinsufficienz neben Herzvergrösserung. Das häufigste von Riegel angegebene Symptom, die Irregularität des Pulses fehlt häufig. In 5 Fällen exquisiter sehniger Myocarditis blieb der Puls bis zum Tode regelmässig. Als ankündigendes Symptom der sich entwickelnden Krankheit betont H. mit Leyden das wenn auch vereinzelte Vorkommen von Angina pectoris wie auch die Bedeutung schmerzhafter Empfindungen in der Herzgegend (Nothnagel).

Therapeutisch ist stets das digitoxinfreie Digitalisinfus der Verordnung von Pulvern oder Pillen vorzuziehen. Eine erhebliche Entlastung des Herzens findet ferner statt durch Punction des Anasarka mit dem Troicart. Das Einlegen starker Canülen, durch welche der Act der Entleerung in 24 Stunden beendet werden kann, bringt bei antiseptischen Cautelen dem Pat. keine Gefahr und wird von H. warm empfohlen. Dasselbe gilt für tiefe Einschnitte.

Das Fettherz (Leyden) d. h. die Fettumwachsung und Fettdurchwachsung des Herzens kommt viel seltener vor, als es diagnosticirt zu werden pflegt; es ist sogar selten. Die Ausdehnung der Herzdämpfung bei corpulenten Personen ist häufig durch extrapericardiale Fettauflagerung bedingt, seltener werden Herzerweiterungen diagnosticirt wegen Dämpfungen, die auf reichliche Entwickelung des Fettlagers zwischen Pericard und Sternum zu beziehen sind (Sectionsbeleg), wobei eine Vermehrung des eigentlichen unter dem Epicardium gelegenen Herzfettes nicht stattfindet.

Das Büchelchen sei hiermit den Lesern dieser Wochenschrift angelegentlichst empfohlen. W. Beckmann.

M. Bresgen: Wann ist die Anwendung des elektrischen Brenners in der Nase von Nutzen? — Ein Mahnwort besonders an Nasenärzte und Solche, die es sein wollen. Wiesbaden. 1891. E. Jungklaas.

Bevor B. zur eigentlichen Frage übergeht, bespricht er die Nasendouche, verdammt deren schablonenartige und kritiklose Anwendung bei Nasenkrankheiten, wo eine rationelle Behandlung stattfinden sollte, weist auf die Gefahren in deren Folge und ferner darauf hin, wie sie für mancherlei Nasenleiden geradezu zweckwidrig sei. In allen diesen Erörterungen kann man Verf. nur ganz und voll beistimmen.

Bezüglich des elektrischen Brenners, der durch die Cocainanästhesie immer mehr an Terrain gewinnt, spricht sich B. dahin aus, dass er nicht angewandt werden dürfe wenn nicht eine ordnungsgemässe Nachbehandlung stattfinden könne. Als solche habe sich ihm in der letzten Zeit die Behandlung mit den Anilinfarben bewährt. Die Forderung einer richtigen Nachbehandlung, wie diejenige, dass am richtigen Orte, in zweckmässiger Weise und in genügendem Maasse der Brenner angewandt werden, dass weiter die Behandlung durch Verwendung des Meissels oder der Chromsäure und anderer rationeller Maassnahmen zur rechten Zeit unterstützt werden soll, — alle diese Forderungen sind selbstverständlich, so dass man eigentlich darüber kaum ein Wort zu verlieren brauchte, wenn die praktische Erfahrung nicht den Beweis lieferte, dass es doch nicht unnütz ist, sie auszusprechen. Neumann.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung 14. April 1892.

1. Herr Westphalen spricht über die «erworbene Cystenniere» und demonstrirt die Nieren von einem solchen Falle; dieselben sind vergrössert, traubenähnlich und von unzähligen cystischen Räumen durchsetzt. (Der Vortrag ist zum Druck bestimmt). Herr Moritz macht darauf aufmerksam, dass derselbe Zustand in der älteren Literatur oft unter anderen Namen abgehandelt wird («Physaliden», «Hydatiden» etc.). In diagnostischer Hinsicht möchte Herr Hagen-Torn der Messung des täglichen Harnquantums einige Bedeutung beilegen; ist letzteres dauernd verringert, so wäre Schrumpfniere wohl auszuschliessen.

2. Herr Westphalen spricht ferner über «primären Leberkrebs» (der Vortrag ist gleichfalls zum Druck bestimmt). Vortr. betont die Seltenheit eines wirklich primären Leberkrebses; man sollte sich in praxi mit der Diagnose eines Leberkrebses nicht zufrieden geben, sondern weiter nach dem primären Herde suchen. Herr Moritz bemerkt hierzu, dass der primäre Herd eben oft klinisch gar nicht zu ermitteln sei, woher auch der Kliniker viel öfter in der Lage sei, die Diagnose: «primärer» Leberkrebs zu stellen, als der pathol. Anatom.

3. Herr Petersen berichtet über den Sectionsbefund bei einer Leprösen. Es handelte sich um Lepra tuberosa, welche seit 4 Jahren bestanden hatte; ausserdem litt Pat. an Tuberculose der Lungen und des Darmes, Nephritis und Vitium cordis. In den Ovarien fanden sich lepröse Knoten. Als Analogie zu diesem Falle erwähnt P. noch eines andern, kürzlich secirten; bei einem leprösen Manne, der gleichfalls an Tuberculose zu Grunde ging, wurden Lepraknoten in den Hoden gefunden. Solche Fälle machen die frühzeitig eintretende Sterilität der Leprösen verständlich und lassen die noch immer von manchen Seiten angenommene Heredität bei Lepra wenig wahrscheinlich erscheinen, wenn auch zugegeben werden muss, dass die Hoden (resp. Ovarien) nicht immer zu erkranken brauchen und dass auch die erkrankten Organe noch eine Zeit lang functionsfähig bleiben können.

Herr Westphalen erinnert sich, in Dorpat Fälle von Lepra secirt zu haben, in denen die Hoden die Veränderungen einer chronischen interstitiellen Orchitis darboten und zahlreiche Leprabacillen enthielten. Secretär: E. Blessig.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— May und Voit haben das Natrium dithiosalicylicum als Antirheumaticum versucht. Die Tagesdosis belief sich auf 6—8 Gramm; zunächst wurde eine grosse Anfangsdosis verabfolgt (3,0) und dann 2stündlich zu 1,0. Meist trat schon nach wenigen Stunden Schmerzlinderung ein unter sichtlichem Zurückgehen der Gelenkschwellungen. Eine Coupirung des Processes durch einmalige Dosen gelang nur in ganz frischen, leichten Fällen, schwere Fälle erforderten ebenso lange Behandlung, wie mit den bisherigen Mitteln. Auffallend war, dass selbst bei ausserordentlich lange sich hinziehenden Fällen nie ein chronischer Gelenkrheumatismus, nicht einmal Steifigkeit der Gelenke, zu Stande kam. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden selten beobachtet. Starkes Ohrensausen, wie nach salicylsaurem Natrium, trat fast nie ein.

(Deutsches Arch. für klin. Medicin. Bd. 49. Heft 1).

— Bei 2 Fällen von Verbrennung mit torpiden Granulationen und sehr langsamer Heilung versuchte Demme (Bern) Injectionen von cantharidinsaurem Natron (0,025 Mgrm. alle 3—4 Tage) und glaubt, dass nach 5 Injectionen die Heilung ein rascheres Tempo annahm.

(28. Jahresbericht des Jenner'schen Kinderspitals).

— Lumbalpunction des Hydrocephalus. Die Subarachnoidalräume des Hirns und Rückenmarks communiciren bekanntlich unter sich und mit den Hirnventrikeln. Auf Grund dieser Thatsache hat Quincke (Kiel) abnormen Druck in den Hirnventrikeln bei 10 Fällen dadurch herabzusetzen gesucht, dass er den Subarachnoidalraum in der Lendengegend punctirte. Als Einstichstelle wählte er den III. oder IV. Zwischenbogenraum der Lendenwirbel, am Besten 5—10 Mm. seitlich von der Mittellinie, bei Kindern in der Mitte zwischen 2 Dornfortsätzen, bei Erwachsenen in der Höhe des unteren Drittels des Dornfortsatzes. Die Nadel wird gegen die Medianebene so viel geneigt, dass sie diese an der Hinterfläche der Dura trifft; bei Kindern muss sie 2, bei Erwachsenen 4—6 Cmtr. tief eingestochen werden. Unter den so behandelten Fällen befanden sich 5 Kranke mit Hydroceph. chronic., 1 mit Leptomeningitis serosa, 1 mit Encephalitis, 2 Tumor cerebri, 1 Haemorrhagia cerebri. Die entleerten Mengen schwanken zwischen 2 und 100 Cbcm. Als durch die Punction geheilt ist nur der eine Fall von Leptomeningitis serosa zu bezeichnen. Die Punction ist indicirt: 1. bei lebensgefährlicher Höhe des Druckes, 2. bei chronischer Exsudation, um eine Aenderung der Resorptionsverhältnisse herbeizuführen.

(Berl. klin. Wochschr. Nr.Nr. 38 und 39. 1891).
(Allgem. Med. Cztg. 1892).

— Wohlschmeckendes Ricinusöl wird nach den Angaben von Standke im Laboratorium von Töllner und Bergmann (Bremen) dargestellt, indem feinstes Ricinusöl wiederholt mit heissem Wasser behandelt, dann mit soviel Saccharin versetzt wird, dass es wie ein dünner Syrup schmeckt, und schliesslich mit Zimmt und Vanille aromatisirt. In allen Fällen, in denen ein solches «Oleum Ricini aromaticum» angewandt wurde, wurde dasselbe ohne Widerwillen eingenommen.

(Deutsche med. Wochsch. Nr. 4).

Vermischtes.

— In der Conferenz-Sitzung der militär medicinischen Akademie am 7. Mai sind der ältere Stadt- und Gerichtsarzt von Charkow und Privatdocent der dortigen Universität Dr. Emil Bellin—zum Professor der gerichtlichen Medicin und Toxicologie (an Stelle des Prof. Ssorokin) und der Docent des St. Petersburger Forstinstituts, Dr. med. et zoolog. N. A. Cholodkowski — zum Professor der Zoologie und vergleichenden Anatomie an der genannten Akademie gewählt worden.

— Am 6. September d. J. begeht die Gesellschaft der Aerzte in Minsk das 25jährige Jubiläum ihres Bestehens.

— Die Studenten der militär-medicinischen Akademie Bary und Krestowski (von der ersten Sanitätsabtheilung), welche im Ssamaraschen Gouvernement bei der Behandlung von Typhuskranken am Flecktyphus erkrankt waren, sind bereits genesen. (Wr.).

XVII. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** Neue Folge **IX.** Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, **Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3**, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 21 St. Petersburg, 23. Mai 4. (Juni) **1892**

Die Zusammensetzung des Blutes in einem Falle von hochgradiger Anaemie und einem solchen von Leukaemie.

Von

Dr. med. **Friedrich Krüger**,

Privatdocent an der Universität Dorpat.

Seit den ältesten Zeiten waren die Gelehrten mit grösstem Eifer bemüht, das Blut und die ihm zukommenden Eigenthümlichkeiten zu studiren, die Geheimnisse dieses circulirenden Organes aufzudecken. Zunächst beschränkte man sich jedoch darauf, die mehr hervortretenden Dinge und handgreiflicheren Momente, wie die Gerinnung, die Farbe und dergleichen einer Untersuchung zu unterwerfen, während das Bedürfniss, die Zusammensetzung des Blutes unter den verschiedenen physiologischen und pathologischen Bedingungen zu prüfen, erst gegen die Mitte unseres Jahrhunderts, wo die Blutkrankheiten eine wichtige Rolle zu spielen begannen, mehr in den Vordergrund trat.

Der Aderlass, der zu jener Zeit in ausgiebigster Weise in Anwendung gebracht wurde, wobei einzelnen Individuen selbst bis zu 1,000 Grm. Blut entzogen wurde, bot natürlich die beste Gelegenheit die Analysen nicht nur am Thier-, sondern auch am Menschenblute auszuführen, und so sehen wir denn auch in der That eine grosse Reihe von Arbeiten auf diesem Gebiete entstehen, wie die von Prevost und Dumas [1]), Andral und Gavarret [2]), Becquerel und Rodier [3]) und vielen Anderen, die Alle anzugeben, mich zu weit führen würde.

Die von den einzelnen Forschern gewonnenen Versuchsergebnisse an dieser Stelle zu reproduciren unterlasse ich, da dieselben, wie aus dem Folgenden ersichtlich sein wird, auf Genauigkeit keinen Anspruch erheben dürfen, sondern begnüge mich damit, die Werthe hier wiederzugeben, die Haeser [4]) als Mittel aus einer grossen Zahl von sowohl eigenen Analysen, als auch solchen anderer Forscher seiner Zeit gefunden hat. Dieselben werden durch folgende Zahlen repräsentirt:

100 Grm. Menschenblut enthalten 79,0 Wasser und 21,0 Trockenrückstand. Von diesem letzteren entfallen 13,1 auf die Blutkörperchen, 7,0 auf Eiweiss, 0,68 auf Salze und 0,22 auf Fibrin.

Ich erlaube mir nun in Kürze auf die Methoden, die zur Analyse des Blutes in Anwendung kamen, einzugehen.

Wir können im Ganzen 2 Gruppen von Methoden unterscheiden: die physikalische und die chemische. Auf die Einzelheiten derselben gehe ich nicht weiter ein, sondern will sie vielmehr nur in ihren Grundzügen markiren.

I. Die physikalische Methode hat den Zweck, die festen Theile des Blutes vom Wasser zu befreien und dann die einzelnen festen Bestandtheile von einander zu trennen. Dabei kamen eigentliche chemische Hilfsmittel nicht in Anwendung. Bestimmt wurde die Fibrinmenge, der Trockenrückstand des Blutes, sowie des Serum und endlich das Gewicht und der Rückstand der Placenta sanguinis. Waren erst diese Grössen bekannt, so glaubte man aus ihnen den Gehalt des Blutes an trockenen Blutkörperchen berechnen zu können. Es wurde nämlich von der Voraussetzung ausgegangen, dass die Blutflüssigkeit die in ihr suspendirten Blutkörperchen durchtränke, dass sie somit überall von gleicher Zusammensetzung sei. Wäre diese Voraussetzung richtig, so liesse sich gegen diese Rechnung nichts einwenden, so aber konnte sie nur zu irrigen Schlüssen führen.

Als Repräsentanten dieser Methode führe ich ausser

[1]) Prevost et Dumas, Ann. de Chimie et Physique, T. XXIII. 1823.
[2]) Andral et Gavarret, Ibid. XXV u. Andral, Gavarret et Delafond. ibid. 3-e serie, T. V, 1892
[3]) Becquerel et Rodier, Untersuch. etc., übersetzt von Eisenmann. 1845.
[4]) Haeser, Arch. f. d. ges. Medicin, Bd. VIII. 1846.

den schon genannten Autoren noch Denis [5]) und Popp [6]) an.

Die Einsicht, dass diese Methode mit einem unvermeidlichen variablen Fehler behaftet sei, führte zu der folgenden, die es anstrebte die Blutkörperchen möglichst zu isoliren. Die Isolirung der rothen Blutkörperchen gelang Le Canu [7]), der das Verhalten des Blutes gegenüber Wasser, Alkohol, Aether und Salzlösungen prüfte, durch Auffangen des Blutes in einer kalten Kochsalzlösung und darauf folgendes Filtriren und Auswaschen der auf dem Filter zurückgebliebenen Blutkörperchen mit Kochsalzlösung.

Basirend auf dieser Möglichkeit entwickelte sich nun II. die chemische Methode, als deren Repräsentanten Poggiale [8]), Figuier [9]), Zimmermann [10]) und Simon [11]) zu nennen sind.

Figuier wandte statt der Kochsalzlösung eine Lösung von schwefelsaurem Natron an.

Dass nun diese Analysen genauere Resultate ergeben mussten, als die nach der ersten Methode ausgeführten, lag auf der Hand; immerhin musste man aber auch hier bei Berechnung des Verhältnisses zwischen Blutkörperchen und Plasma nach dem Wassergehalt des Blutes und Serum greifen, wodurch nicht unbedeutende Fehler sich einschlichen.

Dieses brachte Zimmermann auf den Gedanken, im Serum und in den Blutkörperchen den Chlorgehalt zu bestimmen. Er ging dabei von der Annahme aus, dass die Blutkörperchen frei von Chlor seien und dieser nur dem Serum zukäme. Wir wissen nun, dass das nicht der Fall ist und dürfen daher behaupten, dass die nach dieser Methode gefundenen Werthe für den Rückstand der rothen Blutkörperchen in 100 Grm. Blut zu niedrige sind.

Die Fehler der angeführten Methoden kamen genügend zur Geltung, man gab es auf, weitere Analysen nach denselben auszuführen und die Physiologen wandten sich wieder mehr dem Studium der einzelnen Bestandtheile des Blutes und den eigenthümlichen Vorgängen in demselben, so namentlich der Gerinnung, zu.

Auch das Interesse für die Ausarbeitung einer genügenden Untersuchungsmethode nach dieser Seite hin schien zeitweise geschwunden zu sein, bis endlich Hoppe-Seyler [12]) eine in Vorschlag brachte, welche scheinbar allen Ansprüchen genügte.

Dieselbe beruht auf der Bestimmung des Eiweisses und Haemoglobin im Gesammtblute und den reinen Blutkörperchen von 100 Grm. Blut einerseits, und der Bestimmung des Eiweisses im Serum andererseits. Sind diese 3 Werthe bekannt, so lässt sich aus ihnen das Verhältniss zwischen Serum und Blutkörperchenmenge berechnen.

Bezeichnet man den Gehalt des Gesammtblutes an Eiweiss und Haemoglobin in 100 Grm. Blut mit E, den von 100 Grm. Serum an Eiweiss mit e und endlich den der Blutkörperchen von 100 Grm. Blut an Eiweiss mit B, so muss E − B dem Eiweissgehalt des Serum von 100 Grm. Blut entsprechen. Nennen wir diese Grösse e_1 so finden wir die Menge des Serum in 100 Grm. Blut nach der Proportion: $100 : e = x : e_1$ od. $x = \frac{100 \, . \, e_1}{e}$ oder was diesem gleichbedeutend ist $\frac{100.(E-B).}{e}$

Die Menge der Blutkörperchen in 100 Grm. Blut ist dann natürlich = 100—x.

Zur Ausführung dieser Bestimmungen ist, wie man aus Hoppe-Seyler's Handbuch der chemischen Analyse ersehen kann, eine Quantität von ca. 80 Cbctm. Blut erforderlich; will man nun noch das spec. Gewicht und den Trockenrückstand bestimmen, so bedarf man noch grösserer Blutmengen.

Die Resultate, die man nach dieser Methode erzielt, sind. wie Bunge [13]) constatirt hat, sehr zufriedenstellende, trotzdem sind aber meines Wissens nach derselben Analysen kranken Menschenblutes nicht ausgeführt worden.

Die Ursache dafür ist wohl in Momenten verschiedenartigster Natur zu suchen. Ich glaube sie einerseits darin sehen zu dürfen, dass diese Methode eine verhältnissmässig grosse Quantität Blut erforderte und die Kliniker, im Gegensatz zu früher, eine übertriebene Scheu vor der Venaesection an den Tag legten, andererseits aber auch darin, dass das Augenmerk derselben, im Verhältniss zur Entwickelung gewisser Apparate hinsichtlich ihrer Handlichkeit, sich, einer bestimmten Strömung folgend, mehr auf einzelne Blutbestandtheile richtete, so namentlich auf die Zahl der Blutkörperchen und in allerletzter Zeit, seitdem das Fleischl'sche Haemometer sich in Kliniken und Hospitälern eingebürgert hat, ganz besonders auf den Haemoglobingehalt des Blutes.

Neuerdings jedoch, wo der Aderlass, unter Entnahme von geringen Portionen Blut bei den sogenannten Blutkrankheiten, behufs Anregung der blutbildenden Organe zur Thätigkeit, wieder aufgenommen ist, erscheint es an der Zeit, die Frage nach der Zusammensetzung des Blutes unter verschiedenen pathologischen Bedingungen einem Studium zu unterwerfen. Dazu bietet sich die Gelegenheit um so mehr, als im Laufe der letzten Jahre im hiesigen physiologischen Institute auf Anregung und unter der Leitung Al. Schmidt's eine Methode der quantitativen Blutanalyse ausgebildet worden ist, die meines Erachtens nichts zu wünschen lässt und allen Anforderungen Genüge leistet [14]) — sie ist verhältnissmässig schnell und leicht auszuführen, verlangt eine nur geringe Blutmenge (15—20 Cbctm.) und giebt genaue Resultate.

Als äusserst angenehme Beigabe ist noch hervorzuheben, dass nach derselben an normalem Menschenblut (sowohl Männer-, als auch Weiberblut) ausgeführte Analysen vorliegen.

Leider scheint diese Methode jedoch bisher noch wenig bekannt resp. anerkannt zu sein und daher werde ich mir erlauben sie ausführlicher zu besprechen.

Methode der Blutanalyse von Al. Schmidt.

Natürlich verzichte ich darauf, die Entwickelungsgeschichte dieser Untersuchungsmethode an dieser Stelle darzustellen (diejenigen, die sich für diese Frage interessiren, verweise ich auf die oben citirten Dissertationen), sondern begnüge mich damit, dieselbe so, wie sie nunmehr zur Anwendung gelangt, wiederzugeben.

Der Grundzug der Al. Schmidt'schen Methode der Blutanalyse ist, auf Grund der Bestimmung des pCt. Trockenrückstandes des Gesammtblutes und des Serum einerseits, des Rückstandes der rothen Blutkörperchen von 100 Grm. Blut andrerseits, das Verhältniss zwischen Serummenge und Gehalt an feuchten Blutkörperchen, sowie den pCt. Rückstand der rothen Blutkörperchen, bezogen auf sie selbst, durch Rechnung festzustellen.

Das Princip ist also im Allgemeinen dasselbe wie bei

[5]) Denis, Journ. de Chimie. medic., T. XIV. 1838.
[6]) Popp, Unters. d. menschl. Bluts in verschiedenen Krankh. Leipzig, 1845.
[7]) Le Canu, Nouvelles études chimique sur le sang. Paris. 1852.
[8]) Poggiale, Comptes rendus. T. XXV.
[9]) Figuier, Ann. de Chimie et Physique. T. XI.
[10]) Zimmermann, Ueb. die Analyse des Blutes etc. Berlin, 1847.
[11]) Simon, Arch. der Pharmacie, Bd. XVIII und XXV.
[12]) Hoppe-Seyler, Handbuch d. physiol.-chem. Analyse. 1883.
[13]) Bunge, Lehrbuch d. physiolog. und patholog. Chemie. 1887.
[14]) Cf. die Dissertationen von F. Mobitz (1883), A. Sommer (1883), v. Goettschel (1883), F. Kupffer (1884) H. Aronet (1887).

Hoppe-Seyler, nur dort Eiweiss—hier Rückstandsbestimmung.

Wir haben es also mit direct bestimmten und mit berechneten Werthen zu thun.

Bevor ich nun auf den Gang der Analyse eingehe, hebe ich zunächt kurz das Hauptsächlichste hervor:

1) Die Untersuchungen erstrecken sich nur auf das defibrinirte Blut.

2) Direct bestimmt werden:

a) Der Trockenrückstand des defibrinirten Blutes = T.
b) » » » Serum = t.
c) » » der rothen Blutkörperchen in 100 Grm Blut = r.

Diese 3 Grössen dienen zur Berechnung der weiter unten sub. 3 angegebenen. Ausser ihnen werden direct bestimmt:

d) das spec. Gewicht des defibrinirten Blutes = G.
e) » » » » Serum = g.
f) der Extinctionscoefficient des Haemoglobin = E, berechnet auf eine 1 pCt. Blutlösung.
g) der pCt. Fibringehalt des Blutes = f.

3) Berechnet werden:

a) die Gewichtsmenge der rothen Blutkörperchen in 100 Grm. Blut = b.
b) die Gewichtsmenge des Serum in 100 Grm. Blut = s.
c) der pCt. Rückstand der rothen Blutkörper, bezogen auf sie selbst = R.

Sind die Grössen T, t und r bestimmt, so lässt die Menge des Serum in 100 Grm. Blut sich nach folgender Proportion berechnen:

$$s = \frac{100 \,.\, (T - r)}{t.}$$

Daraus wiederum ergiebt sich $b = 100 - s$.

Ebenso kann man zunächst die Blutkörperchenmenge berechnen nach der Proportion $100 : b = t : (t + r - T)$

oder $b = \frac{100 \,.\, (t + r - T)}{t}$

Für das Serum ergiebt sich dann natürlich $s = 1(0 - b$.

Ganz in derselben Weise, wie s berechnet worden ist, geschieht es auch mit dem procentischen Rückstand der rothen Blutkörperchen, bezogen auf diese selbst. b ist nunmehr durch Rechnung bekannt, r (der Rückstand der rothen Blutkörperchen in 100 Grm.) ist direct bestimmt. Wir haben somit das Verhältniss:

$$b : r = 100 : R \text{ od. } R = \frac{100 \,.\, r.}{b}$$

Nach diesen Bemerkungen gehe ich auf den Gang der Analyse über.

Von dem zu untersuchenden Blute werden in einem Becherglase mit Gummiverschluss, durch den ein Fischbeinstäbchen, zum Defibriniren des Blutes bestimmt, geht, und welches mit diesem Zubehör sorgfältig abgewogen ist, etwa 15—20 Cbcm. aufgefangen, das Glas sofort geschlossen, um jede Wasserverdunstung möglichst zu verhüten, und das Blut defibrinirt. Alsdann wird das Becherglas mit seinem Inhalte gewogen, der Fibrinklumpen herausgenommen, das Fibrin nach Hoppe-Seyler erst mit dest. Wasser, dann mit Kochsalzlösung und wieder mit dest. Wasser ausgewaschen, zur Entfernung des Wassers mehrfach mit Alkohol und endlich mit Aether behandelt, zwischen Urschälchen getrocknet, gewogen und die gefundene Menge auf 100 Grm. Blut berechnet.

Die Bestimmung des specifischen Gewichts des defibrinirten Blutes und des Serum geschieht in etwa 2—3 Grm. fassenden Pyknometern, deren Inhalt nachträglich zur Bestimmung des Trockenrückstandes verwandt werden kann. Er wird zu diesem Zwecke in Porcellan- oder Platintiegel von bekanntem Gewicht geschüttet, seine Menge durch die Waage bestimmt, erst auf dem Dampfbade, dann im Trockenofen getrocknet, gewogen und auf 100 Grm. Blut resp. Serum berechnet. — Das Serum zu diesen Bestimmungen gewinnt man durch Centrifugiren von etwa 8—10 Cbcm. des defibrinirten Blutes. Das Trocknen geschieht immer bei einer Temperatur von ca. 110—120° C. und wird bis zur Gewichtsconstanz fortgesetzt, welche bei den kleinen Mengen, die zur Anwendung kommen, am 3.—5. Tage erreicht ist.

Zur Bestimmung des Rückstandes der rothen Blutkörperchen im Blute ist zunächt die Isolirung derselben erforderlich.

Zu diesem Zwecke wird eine abgewogene oder genau abgemessene Menge Blut (etwa 5 Cbcm.) in einem Centrifugenglase mit einer 2—2½ pCt. Lösung von Natr. sulfuric. siccum versetzt und dieses Gemisch so lange centrifugirt, bis sich die Blutkörperchen vollständig zu Boden gesetzt haben. Ist dieses geschehen, so wird die überstehende klare Flüssigkeit abgehoben, durch neue Natriumsulfatlösung ersetzt und wieder centrifugirt. Nach Senkung der Blutkörperchen wird dieselbe Procedur noch einmal vorgenommen, wiederum nach beendetem Centrifugiren die Waschflüssigkeit entfernt, der Blutkörperchenbrei mit dest. Wasser aufgenommen und in ein gewogenes Becherglas übergeführt. Diese Blutkörperchenlösung wird in 2 ungleiche Theile getheilt, deren jeder dem Gewichte nach bekannt sein muss. Da nun einerseits das Gewicht der centrifugirten Blutmenge, andrerseits das Gewicht der ganzen nunmehrigen Blutkörperchenlösung bekannt ist, so lässt sich auch berechnen wieviel Blut jedem dieser beiden Theile entspricht. Die kleinere Portion dient weiter zur Bestimmung des Trockenrückstandes, die grössere zu der des Gehaltes an Natriumsulfat. Dieselbe wird zu dem Zwecke nach schwachem Ansäuern mit stark verdünnter Essigsäure auf dem Dampfbade coagulirt, darauf filtrirt, der Filterrückstand mit heissem Wasser nachgewaschen und im Filtrat die Schwefelsäure durch Chlorbaryum ausgefällt. Nach 24-stündigem Stehen in der Wärme wird der Niederschlag des Baryumsulfat heiss durch ein kleines aschefreies Filter filtrirt, getrocknet, dann unter Zusatz von einem Tropfen Salpetersäure mitsammt dem Filter verbrannt. Das zurückbleibende Baryumsulfat wird nun gewogen und aus dem Gewichte desselben das Natriumsulfat berechnet ($BaSO_4 : Na_2SO_4 = 1 : 0{,}61$).

Das Gewicht des gefundenen Rückstandes minus dem berechneten Gehalt an Natriumsulfat ergiebt dann den Trockenrückstand der rothen Blutkörperchen, der auf 100 Grm. Blut umgerechnet wird.

Zur Bestimmung des relativen Haemoglobingehaltes dient das Hüfner'sche Spektrophotometer. Ich darf den Apparat wohl als bekannt voraussetzen und verzichte daher auf eine Beschreibung desselben.

Man thut gut zur spektrophotometrischen Bestimmung 2—3 geeignete Blutlösungen herzustellen, weil auf diese Weise eine Controlle für die Richtigkeit der Ablesungen an die Hand gegeben ist. Wie das Spektrophotometer bei den Untersuchungen im hiesigen physiologischen Institute eingestellt ist und in welcher Weise ich Blutlösungen herstelle, habe ich bereits anderweitig angegeben und verweise daher auf die betr. Arbeiten [15]).

Anmerkung. Zur Anwendung des Fleischl'schen Haemometers zu meinen Haemoglobinbestimmungen habe ich mich nicht entschliessen können aus Gründen, die ich bereits im Jahre 1890 ausgesprochen und die sowohl in den Protokollen des II. Livl. Aerztetages, als auch in denen der Dorpater medic. Gesellschaft niedergelegt sind [16]). Ich sagte: «das Fleischl'sche Haemometer

[15]) Zeitschrift für Biologie Bd. 24, pag. 47 und Bd. 26, pag. 452.

[16]) Prot. d. II. Livl. Aerztetages. St. Petersb. med. Woch. 1890, Nr. 40., Prot. d. Dorpat. med. Ges. St. Petersb. medic. Wochenschr. 1891. Nr. 46.

ist für die exacte Forschung als unbrauchbar zu betrachten» und von dieser meiner Anschauung bin ich bis auf den heutigen Tag noch nicht zurückgekommen. Rückhaltslos gebe ich jedoch zu, dass, nachdem es gelungen ist, die Fehler des Apparates durch eine empirisch festgestellte Correcturtabelle um ein Bedeutendes zu reduciren, derselbe viel gewonnen hat, für klinische Zwecke, unter gewissen Einschränkungen, brauchbar erscheint und dem praktischen Arzte am Krankenbette durch seine Handlichkeit als diagnostisches Hilfsmittel häufig Nutzen bringen kann; wo es sich aber um Genauigkeit in den Haemoglobinbestimmungen handelt, erweist das Haemometer sich als den Ansprüchen nicht genügend.

Voll und ganz kann ich mich dem Schlusssatze Tomberg's [17]) anschliessen, der auf Prof. Dehio's Anregung sich der mühevollen Arbeit unterzog, die Fehler des Fleischl'schen Haemometers kennen zu lernen und nach Möglichkeit zu eliminiren. Tomberg macht eben auch die Einschränkungen, von denen ich oben sprach. Er sagt auf pag. 69 seiner Dissertation: «Dem Kliniker wird es in den meisten Fällen nicht darauf ankommen, geringe Veränderungen des Haemoglobingehaltes festzustellen etc.» und kurz vorher auf derselben Seite: «Aber auch wenn ich die Möglichkeit zugeben muss, dass das Fleischl'sche Haemometer ausnahmsweise Ablesungen [18]) ergiebt, welche 4,3 pCt. zu viel oder 3,9 pCt. zu wenig anzeigen, so ist damit doch nicht die gänzliche Unbrauchbarkeit des Apparates erwiesen».

Die in Tomberg's Sätzen von mir gesperrt wiedergegebenen Worte «meisten» und «gänzliche» gestatten wohl den Schluss, dass auch dem Kliniker Fälle begegnen dürften, in denen das Haemometer nicht ausreicht und dass der Apparat unter Umständen sich als unbrauchbar erweist, nämlich überall da, wo es dem Untersucher ein Bedürfniss ist, exact zu arbeiten.

Exacte Arbeit ist aber bei Blutanalysen, wie die vorliegenden, ein unumstössliches Postulat. Daher ist hier von der Anwendung des Haemometers abzurathen und zum Spektrophotometer zu greifen, von welchem Tomberg selbst sagt (pag. 66): «Die Resultate...... haben mir aber den Beweis geliefert, dass das Spektrophotometer unvergleichlich viel genauere Haemoglobinbestimmungen gestattet, als das Fleischl'sche Haemometer».

Nachdem ich nun die Methode der Blutanalyse als solche beschrieben, möchte ich noch kurz ihre Fehler und ihre Vorzüge berühren.

Ein Fehler kann nur in der Bestimmung des Blutkörperchenrückstandes r zu suchen sein und man kann hier die Frage aufwerfen, ob nicht beim Auswaschen der Blutkörperchen auf der Centrifuge mit der Natriumsulfatlösung denselben feste Bestandtheile entzogen werden und in welchem Grade?

Das Haemoglobin, der Hauptbestandtheil der rothen Blutkörperchen, tritt nicht in die Waschflüssigkeit über, wie man sich durch Untersuchen derselben mittelst des Spektroskopes überzeugen kann.

Nächst dem Haemoglobin müsste man an die löslichen Salze, von denen nur die leicht löslichen Chloride in grösserer Menge vorkommen, denken.

Arronet [19]) hat in Bezug auf diese Frage unter Al. Schmidt's Leitung Untersuchungen ausgeführt und kam durch seine Salzanalysen im defibrinirten Blut und im Serum zu folgendem Resultat:

1. Bei dem Waschen der Blutkörperchen mit glaubersalzhaltiger Flüssigkeit geben sie ihren Gehalt an Chloriden fast gänzlich an die Waschflüssigkeit ab. Der Werth r fällt also um diesen Verlust zu klein aus.

2. Dieser Verlust bringt es mit sich, dass das aus den Werthen r und den zuverlässig bestimmten Werthen T und t berechnete Blutkörperchenprocent um 1,5—2 pCt. zu niedrig ausfällt.

3. Die unlöslichen Aschenbestandtheile der Blutkörperchen erleiden beim Waschen keine Verluste.

4. Es ist wenig wahrscheinlich, dass die Blutkörperchen beim Waschen mit Glaubersalzlösung Verluste an Eiweiss und anderen organischen Bestandtheilen erleiden.

Aus dem Gesagten geht also hervor, dass die Blutkörperchenziffer um 1,5 2,5 zu klein ausfällt; man wird also der Wahrheit am Nächsten kommen, wenn man zu der gefundenen Blutkörperchenziffer etwa 2 hinzuaddirt und von der Serumziffer ebensoviel subtrahirt.

Wenden wir uns nun zu den Vorzügen dieser Methode gegenüber den übrigen. In erster Linie führe ich in dieser Beziehung die Worte Arronet's an: «Der Vorzug der Methode liegt eben darin, dass man nicht genöthigt ist ein gewisses Blutquantum in seine einzelnen Theile zu zerlegen und zu eruiren, wieviel von jedem Bestandtheile in dieser gegebenen Blutmenge enthalten ist, sondern dass man die einzelnen, leicht zu gewinnenden Hauptbestandtheile desselben für sich in reinem Zustande trocknet, ihr Gewicht bestimmt und dann erst durch Proportionen, durch mathematisches Calcul erschliesst, wieviel von diesen Bestandtheilen im Gesammtblut enthalten ist» [20]).

Als weitere Vortheile, die die Al. Schmidt'sche Methode bietet, will ich noch erwähnen: 1) dass sie nur eine verhältnissmässig kleine Blutmenge erfordert und es daher ermöglicht, nicht nur an Thierblut, sondern auch an gesundem und krankem Menschenblute Untersuchungen auszuführen und 2) dass sie nicht sehr zeitraubend und weitläufig ist — ein Umstand, der nicht ausser Acht zu lassen ist. Die vollständige Analyse beansprucht nicht mehr als etwa 6—8 Tage; dabei können bequem 2, ja selbst 3 Analysen gleichzeitig ausgeführt und bei richtiger Zeiteintheilung 4 resp. 6 in einer Woche bis 10 Tagen geliefert werden, indem man an 2 bis 3 auf einander folgenden Tagen mit je 2 Analysen beginnt.

Zusammensetzung des gesunden Menschenblutes.

Um einen Vergleich des von mir untersuchten kranken Blutes mit dem normalen Menschenblute zu ermöglichen, will ich zunächst die von Arronet [21]) und Schneider [22]) gewonnenen Resultate wiedergeben; Arronet analysirte Männer-, Schneider—Weiberblut. Die Werthe b und s sind nicht corrigirt, ich gebe sie daher in meinen Versuchen ohne Correctur, da beim Vergleiche es darauf gar nicht ankommt.

A. Zusammensetzung des defibrinirten gesunden Menschenblutes.

	Spec. Gewicht des		Trockenrückstände			Gewichtsmenge		Rückstand	Rel.-Hb-gehalt
Geschlecht	Blutes G.	Serum g.	von 100 Blut T.	von 100 Serum t.	d. roth. Blutkörp. in 100 Blut r.	d. roth. Blutkörp. in 100 Blut b.	des Serum in 100 Blut s.	von 100 Blutkörp. R.	Extinctionscoëfficient ε.
Männer.	1060,7	1028,3	21,97	9,71	16,93	47,88	52,12	35,46	0,93
Weiber.	1055,7	1029,6	19,89	9,44	13,74	34,96	65,04	39,74	0,81

Ich brauche wohl kaum hinzuzufügen, dass obige Zahlen Mittelwerthe aus einer Reihe von Analysen darstellen.

17) C. Tomberg, Zur Kritik des Fleischl'schen Haemometers. Inaug.-Dissert. Dorpat, 1891. cf. auch Dehio, Prot. d. Dorp. med. Ges., St. Petersb. med. Woch. 1892. Nr. 10.

18) Zur Erläuterung füge ich hinzu, dass unter «Ablesung» nicht eine, sondern das Mittel aus einer Reihe von Einzelablesungen zu verstehen ist.

19) H. Arronet, Quantit. Analyse des Menschenbluts etc. Inaug.-Dissert. Dorpat, 1887. pag. 58 und 59.

20) l. c. pag. 20.

21) l. c.

22) A. Schneider, Zusammens. d. Blutes d. Frauen etc. Inaug.-Diss., Dorpat, 1891.

Die Fibrinziffer habe ich, als für mich bedeutungslos, in die Tabelle nicht aufgenommen.

Vergleicht man die entsprechenden Werthe des Männerblutes mit denen des Weiberblutes, so ist man überrascht zu sehen, welch' gewaltige Unterschiede diese beiden Blutarten hinsichtlich ihrer Zusammensetzung aufweisen. Um diese Unterschiede zu charakterisiren, greife ich zu den Worten Schneider's.

«Das Frauenblut ist bedeutend leichter, als das Männerblut, trotz des höheren specifischen Gewichtes seines Serum; der Grund liegt in seinem geringeren Gehalt an Blutkörperchen, welcher durchschnittlich um 27 pCt. hinter demjenigen des Männerblutes zurückbleibt. Das rothe Blutkörperchen selbst aber ist bei der Frau schwerer als beim Manne, das Gewicht seines Rückstandes überragt dasjenige des Blutkörperchens beim Manne um 11 pCt. Auf das Gesammtblut bezogen aber bleibt die Trockensubstanz der rothen Blutkörperchen der Frau um 19 pCt. hinter derjenigen des Mannes zurück.

Das rothe Blutkörperchen der Frau ist nicht blos schwerer, als das des Mannes, es enthält auch relativ mehr Haemoglobin und weniger Stroma.

Das Blutserum der Frau besitzt zwar ein höheres specifisches Gewicht, als das des Mannes, der Rückstand aber ist bei beiden gleich» [23]).

Ich gehe nun zu den Resultaten über, die mir die Analyse des Blutes einer an hochgradiger Anaemie leidenden Patientin ergab.

Die schwere, acute Anaemie, der die 32jährige Patientin schliesslich erlegen ist, verdankte ihre Entstehung starken Blutungen aus einem Magenulcus. Am 5. und 10. April 1891 wurde je ein Aderlass von 50 — 75 Cbcm. Blut vorgenommen.

Das Blut des ersten, wie auch des zweiten Aderlasses habe ich analysirt und stelle die Ergebnisse in folgender Tabelle B zusammen; des Vergleiches halber führe ich in der Tabelle auch die Zusammensetzung des normalen Weiberblutes an.

B. Zusammensetzung des defibrinirten Blutes in einem Falle von hochgradiger Anaemie.

Blut	Spec Gewicht des		Trockenrückstände			Gewichtsmenge.		Rückstand von	Rel. Hb-gehalt.	Fibrin
	Blutes G.	Serum g.	von 100 Blut T.	von 100 Serum t.	der roth. Blutkörp. in 100 Blut r.	der Blutkörp. in 100 Blut b.	des Serum in 100 Blut s.	100 Blutkörp. R.	Extinctionscoëfficient ε.	in 100 Blut f.
Normal	1055,7	1029,6	19,89	9,44	13,74	34,96	65,04	39,74	0,81	0,20
Anaemie I.	1029,5	1021,0	9,39	6,16	3,81	9,42	90,58	40,45	0,20	0,31
Anaemie II.	1029,5	1020,4	9,41	6,15	3,90	10,40	89,60	37,50	0,19	0,31

Aus dieser Tabelle ergiebt sich:

1. Dass das specifische Gewicht sowohl des defibrinirten Blutes, als auch des Serum gegen die Norm bedeutend herabgesetzt ist.

2. Dass die betr. Trockenrückstände viel niedriger sind als beim normalen Blute. Dieselben betragen für das Gesammtblut weniger als die Hälfte, für das Serum etwa $^{2}/_{3}$ der Norm.

3. Dass der Rückstand der rothen Blutkörperchen in 100 Grm. Blut (r) beinahe bis auf $^{1}/_{4}$ des Normalen herabgesunken ist; dabei ist ihr procentischer Trockenrückstand (R) nicht vermindert, sondern schwankt innerhalb der normalen Grenzen. (Schneider fand beim gesunden Frauenblut als Minimum 32,95, als Maximum 47,67).

4. Dass das Mengenverhältniss zwischen den rothen Blutkörperchen und dem Serum (b und s) sich, wie schon durch den Rückstand der rothen Blutkörperchen in 100 Grm. Blut wahrscheinlich gemacht wurde, zu Ungunsten der letzteren gestaltet indem die Quantität derselben auf etwa $^{1}/_{4}$ des Normalen reducirt ist.

5. Dass im besten Einklange mit dem sub. 3 und 4. Gesagten die Verminderung des relativen Haemoglobingehaltes des Blutes (ε) steht — auch dieser bietet etwa $^{1}/_{4}$ der Norm.

6. Dass der Fibringehalt des kranken Blutes im Vergleich zu dem des gesunden Blutes ein wenig gesteigert erscheint.

Aus den angeführten Thatsachen geht also hervor, dass im Blute Anaemischer die rothen Blutkörperchen als solche gar nicht oder nur äusserst wenig in ihrer Zusammensetzung von der Norm abweichen (cf. in der Tabelle B. R und ε), sondern dass die Veränderung des Blutes hauptsächlich auf einer Verminderung der Menge derselben beruht, wodurch auch die starke Herabsetzung des Trockenrückstandes des defibrinirten Blutes sich erklärt (cf. r, b u. T). Aber an diesem letzteren Umstande (Verminderung des Trockenrückstandes des Gesammtblutes) ist, wie schon aus dem Vergleiche des specifischen Gewichtes des defibrinirten Blutes und des Serum im kranken und gesunden Zustande zum Theil hervorgeht, nicht die Blutkörperchenmenge allein schuld. Wäre das der Fall, so müsste das specifische Gewicht des kranken Serum dem des gesunden gleichkommen. Dem ist aber nicht so. Wir finden das specifische Gewicht des kranken Serum beträchtlich geringer, als das des gesunden und dem entsprechend ist es auch bedeutend ärmer an festen Bestandtheilen (cf. t). Das ganze Blut ist also wässeriger geworden.

Man wird somit sagen können: das anaemische Blut ist charakterisirt durch eine Verminderung der Menge der rothen Blutkörperchen, bei normaler Zusammensetzung derselben, und durch gleichzeitige Verdünnung seines Serum.

Der zweite Fall, den ich einer Untersuchung unterzog, betraf eine ca. 50 Jahre alte Patientin, die an einer ausgesprochenen und weit vorgeschrittenen Leukaemie litt. Auch hier werde ich die Resultate in Tabellenform wiedergeben und die Werthe für das normale Weiberblut einreihen.

C. Zusammensetzung des defibrinirten Blutes in einem Falle von Leukaemie.

Blutart.	G.	g.	T.	t.	r.	b.	s.	R.	ε.
Normal.	1055,7	1029,6	19,89	9,44	13,74	34,96	65,04	39,74	0,81
Leukämie.	1054,8	1037,5	18,63	11,90	10,82	34,29	65,71	31,55	0,43

Aus dem Vorstehenden stellt sich für das leukämische Blut heraus:

1. dass das specifische Gewicht des Gesammtblutes der Norm entspricht, während das des Serum erhöht ist;

2. dass entsprechend dem specifischen Gewichte der betr. Trockenrückstand normal resp. vermehrt ist;

3. dass der Rückstand der rothen Blutkörperchen in 100 Grm. Blut (r) einen kleineren Werth aufweist, als im gesunden Blute. Diesem Umstande ist es wohl auch zu verdanken, dass, trotz des erhöhten specifischen Gewichtes des Serum, das des defibrinirten Blutes sich auf der Norm erhält;

4. dass der procentische Trockenrückstand der rothen Blutkörperchen (R) gegenüber dem gleichen Werthe des gesunden Weiberblutes vermindert erscheint;

[23]) l. c. pag. 25.

5. dass das Mengenverhältniss zwischen Blutkörperchen und Serum nicht alterirt ist;

6. dass der Haemoglobingehalt des leukaemischen Blutes, im Vergleich zu dem des normalen, etwa um die Hälfte herabgesetzt ist.

Diese Beobachtungen deuten darauf hin, dass das leukaemische Blut nicht in Bezug auf die Mengenverhältnisse seiner vorwiegendsten Bestandtheile — der Blutflüssigkeit und der in ihr suspendirten körperlichen Elemente (rothe Blutkörperchen) — gestört worden ist, sondern dass diese selbst eine Veränderung erlitten haben, welche sich dadurch kennzeichnet, dass das Serum reicher, die Blutkörperchen aber ärmer an festen Bestandtheilen geworden sind, wobei letztere namentlich eine Abnahme an Haemoglobin aufweisen.

* * *

Dass diese 2 Analysen bei Weitem nicht ausreichend sind, um auf Grund derselben irgendwelche Theorien aufzubauen, dessen bin ich mir sehr wohl bewusst, meine aber immerhin, dass die von mir gezogenen Schlüsse im Allgemeinen werden bestehen bleiben und durch weitere Analysen nur unterstützt werden dürften.

Meine Absicht war es übrigens, vor Allem auf die Al. Schmidt'sche Methode der Blutanalyse und auf die Verwerthung der durch sie gegebenen Resultate weitere Kreise aufmerksam zu machen. Dieser meiner Hauptaufgabe glaube ich hierdurch nachgekommen zu sein und hoffe, dass die vorliegende Arbeit Anregung geben wird zu weiteren Untersuchungen auf diesem Gebiete.

Zum Schluss erlaube ich mir, den Herren Collegen Prof. Dr. K. Dehio und Dr. Chr. Ströhmberg für die bereitwillige Ueberlassung des Materials zu meinen Analysen an dieser Stelle meinen Dank auszusprechen.

Dorpat, im März 1892.

Referate.

E. Gerdes: Zur Aetiologie der Puerperaleklampsie. Centrbl. f. Gynaek. Nr. 20. 1892.

Verf., erster Assistent des pathologischen Instituts zu Halle, untersuchte mikroskopisch und bakteriologisch Nieren, Lungen. Aortenblut und Leber einer an schwerster Eklampsie Verstorbenen. Auf in Petri'schen Schalen angelegten Agarglycerinplatten entwickelten sich nach 24-stündiger Einwirkung von Bruttemperatur punktförmige, bräunlich gesprenkelte Colonien, welche mit knolligem charakteristischem Wall umgeben sind. Mikroskopisch sind die Colonien aus kleinen Bacillen von sehr geringer Länge aber relativ bedeutender Dicke zusammengesetzt. Die Bacillen färben sich mit wässrigen Anilinfarben schwer; die besten Resultate erzielte Verf. mit conc. alkoh. Methylenblaulösung, die zu gleichen Theilen mit Wasser versetzt und durch Kalilauge stark alkalisch gemacht wird. Färbung der Deckgläschen 5 Min. lang in der auf einem Wasserbade erhitzten Mischung, Abspülen der Farbe mit 28 pCt. Alkohol. Es färben sich die abgerundeten Enden der Bacillen, während das Mittelstück ungefärbt bleibt oder nur in seinen Randpartien leicht gefärbt ist. Zur Untersuchung sind die stärksten und besten Systeme erforderlich (Zeiss. Apochr. 2,0 mm. Apert. 1,30 Ocular 12). Der Bacillus legt sich mit Vorliebe zu Fäden zusammen, er zeigt im hängenden Tropfen lebhafte Eigenbewegung und ruft in Bouillon eine gleichmässige Trübung hervor ohne Häutchen- oder Flockenbildung. Eine 15 Stunden alte Bouilloncultur besitzt bedeutende Virulenz für Mäuse und Ratten. Nach Injection von 0,1 Ccm. treten bei Mäusen Brechbewegungen, tiefe rasche Inspirationen gefolgt von grosser Müdigkeit auf, zuletzt werden die Thiere somnolent resp. völlig bewusstlos und verfallen gleichzeitig in clonische seltener tetanische Convulsionen. Tod nach 9—20 Stunden. Durch den Impfungen vorausgeschickte Morphiuminjectionen konnte Gerdes einen milden Verlauf und sogar völlige Heilung erzielen. Bei der Section geimpfter Mäuse fand sich der Bacillus in der Bauchhöhle, Milz, Lungen vorwiegend aber in Leber und Nieren. Verf. deutet die Krankheitserscheinungen bei Mäusen als Intoxicationserscheinungen. Die toxische Substanz wird auf der Magenschleimhaut ausgeschieden und ruft dabei Brechen hervor (cf. Magenschmerzen und Erbrechen Eklamptischer); durch ihre Einwirkung auf die nervösen Centren ruft sie Somnolenz und Zuckungen hervor. Im Gegensatz zu Mäusen treten bei Ratten die Zeichen einer Infection in den Vordergrund. Die Thiere werden nur ganz allmälig träge und müde und sterben indem dieser Zustand unter Verlangsamung der Respiration und Heruntergehen der Temperatur in Bewusstlosigkeit übergeht. Auch bei Ratten ist die Leber die Hauptablagerungsstätte des Bacillus. Auf Kaninchen und Tauben zeigt derselbe keine Wirkung, bei Meerschweinchen konnten demarcirende, nekrotisirende Eiterungen der Haut nachgewiesen werden, in deren Eiter sich spärliche Bacillen fanden.

Gerdes fand bei der mikr. Untersuchung der Organe seines Falles erst nach vielem vergeblichem Suchen (Schwierigkeit den sehr kleinen Bacillus von Zelltrümmern zu unterscheiden) denselben Bacillus in der Leber in colossalen Mengen — stellweise bacilläre Emboli — in den Nieren in vereinzelten Exemplaren. Er hält ihn wegen seiner Virulenz für Mäuse und Ratten für den pathogenen Mikroorganismus der Eklampsie. W. Beckmann.

Prof. Gaffky (Giessen): Erkrankungen an infectiöser Enteritis in Folge des Genusses ungekochter Milch. (Deutsche medic. Wochschr. Nr. 14. 1892).

Zwei Assistenten und ein Diener am hygienischen Institut erkrankten gleichzeitig unter dem Bilde einer schweren Infection: hohes Fieber, Benommenheit, Delirien, Erbrechen, zahlreiche, z. Th. haemorrhagische Stühle, Albuminurie. Der am schwersten heimgesuchte Patient machte eine langdauernde Reconvalescenz durch, nach 19-tägiger Krankheit war er hochgradig abgemagert und fühlte eine ganz ausserordentliche Schwäche. Die gleichzeitige Erkrankung, sowie die Uebereinstimmung in den Symptomen liessen an die Aufnahme eines giftigen Stoffes mit der Nahrung denken. Es gelang auch Gaffky festzustellen, dass die von den 3 Patienten gemeinsam genossene ungekochte Milch der Infectionsträger war; diese Milch stammte von einer an haemorrhagischer Enteritis leidenden Kuh. Aus den Faeces der 3 Patienten liess sich ein virulentes Bakterium züchten, das mit dem in dem Kuhkoth ermittelten identisch war. Verf. weist darauf hin, dass ziemlich häufig Krankheitsfälle der oben beschriebenen Art vorkommen, welche der Diagnose grosse Schwierigkeiten bereiten, gewöhnlich dann als Unterleibstyphus mit eigenartigem, von der Norm abweichendem Verlaufe bezeichnet werden. Verf. fasst solche Krankheitsfälle unter der Diagnose «infectiöse Enteritis» zusammen. Die Erreger dieser Erkrankungen müssen wohl durch den Verdauungscanal in den Körper gelangen, und nicht selten wird man in der Milch den Träger des Infectionsstoffes zu suchen haben. Es ist dabei durchaus nicht nöthig, dass die Krankheitskeime durch die Milchdrüse hindurch in die Milch gelangen, sie können vielmehr durch Verunreinigung der an sich unschädlichen Milch beigemengt werden; namentlich ist zu berücksichtigen, dass bei diarrhoischen Ausleerungen ein Theil des Kothes den Euter entlang läuft und so zu Verunreinigungen Veranlassung geben muss. Verf. weist auf die im November 1888 in Christiania vorgekommene Gastroenteritisepidemie hin, in deren Verlauf binnen 3 Wochen 6000 Personen erkrankten; höchst wahrscheinlich war auch hier die Milch die Trägerin des Infectionsstoffes. Jedenfalls warnt die interessante Mittheilung von Gaffky auf's Neue vor dem Genusse ungekochter Milch. Abelmann.

Heinrich Hochhaus: Ueber diphtheritische Lähmungen. Virchow's Archiv Bd. 124, 1891.

Während bisher die meisten Autoren die Ursache der diphtheritischen Lähmungen in einer Affection des Rückenmarkr oder der peripheren Nerven suchten, führt Verf. in seiner Arbeit den Nachweis, dass sich vor allen Dingen in den gelähmten oder paretischen Muskeln Entzündungen nachweisen lassen, welche vorwiegend im Zwischengewebe sitzen, jedoch auch die Muskelfasern selber betreffen, während die Centralorgane sich durchaus normal verhalten und die Nerven nur eine geringe Entzündung der Zwischensubstanz erkennen lassen. H. fand in den afficirten Muskeln eine starke Verbreitung des interstitiellen Bindegewebes mit stellenweiser starker Kernanhäufung, meistens um die Gefässe herum. Einige Muskelfibrillen in Längsstreifen zerfallen, Vermehrung der Muskelkerne. Auf Querschnitten zeigten sich die Muskelfasern nur selten rund, meist eckig oder oval. An den intermuskulären, wie an den peripherischen Nerven fanden sich Achsencylinder und Markscheide durchweg wohl erhalten. In einem Falle sah Verf. am Herzfleisch enorm grosse Zellanhäufungen um die Gefässe, so dass die umgebende Muskulatur verdrängt und zum Theil sogar zum Schwunde gebracht worden war. H. ist der Ansicht, dass die Lähmungen der Gaumen- und Schlundmuskulatur, welche den primären Diphtherieherden unmittelbar anliegen, einer directen Einwirkung des Giftes auf die Muskeln ihre Entstehung verdanken; die übrige Muskulatur wird dann auf dem Lymph- bez Blutwege inficirt.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

E. Klebs: Die Behandlung der Tuberculose mit Tuberculocidin. Leopold Voss. Hamburg und Leipzig 1892.

Nach kurzer Berichterstattung über die Thierversuche setzt Klebs seine Erfahrungen über die Tuberculocidinbehandlung auseinander. Er constatirte unter 75 Fällen 18,6 pCt. Heilungen, 60 pCt. Besserungen, 21,4 pCt. Misserfolge (darunter 2,6 pCt. Todesfälle). Die grössere Zahl unter den Patienten litt an schwerer oder wenigstens ausgeprägter Lungentuberculose. Die Infiltrationserscheinungen in den Lungen waren bei allen günstig beeinflussten Fällen gänzlich oder theilweise zurückgegangen, die Tuberkelbacillen nach wenigen Injectionen in körnigem Zerfalle begriffen, endlich aus dem Sputum völlig geschwunden. Ferner constatirte Verf. Zunahme des Körpergewichts, Besserung des Allgemeinbefindens. Ein Fall von Gonitis fungosa heilte unter Tuberkulocidin bis zur fast vollständigen Gebrauchsfähigkeit der afficirten Extremität. Die Anfangsdosen sind 2—5 Mg. und nur allmälig steigere man bis 1—5 Dg. Das Mittel kann von den Höchster Farbwerken (vorm. Meister, Lucius und Brüning) zu 6 Mark pro Ccm. bezogen werden. Abelmann.

G. Avellis: Cursus der laryngoskopischen und rhinoskopischen Technik. Mit 49 Abbildungen. Berlin N. W. Fischers medicinische Buchhandlung. 1891.

Rf. muss gestehen, dass er mit grossem Misstrauen an die Lectüre des Büchleins gegangen ist. Wieder ein Buch mehr darüber, was in jedem Lehrbuche obiger Krankheiten enthalten ist. Jedoch war Rf. sehr angenehm überrascht, und je weiter er las, immer mehr. Das Buch ist entschieden sehr gut und sehr am Platze. Es ist das Beste, was Rf. über die Technik der Untersuchungen des Larynx etc. bis jetzt gelesen. Klar, sachlich, anschaulich und sehr genau wird die Technik beschrieben. Nichts Schablonenhaftes. Die Schilderungen der Technik, die Vorschriften sind aus der Praxis, aus der eigenen Erfahrung hervorgegangen. Daher die Anschaulichkeit und Klarheit. Gute Zeichnungen unterstützen den Text.

Das Büchlein wird für Jeden, der sich mit der Technik der Untersuchungen des Larynx etc. bekannt machen will, ein sehr werthvoller Rathgeber sein, und kann Rf. es nur sehr warm allen solchen empfehlen. Doch auch der Geübte wird Manches finden, was für ihn nicht ohne Interesse ist. Hat doch Verf. selbst einige neue, von ihm erdachte Untersuchungsmethoden des Kehlkopfs (bei Seitwärtslagerung desselben), auf die einzugehen hier nicht der Platz ist, an dieser Stelle zum ersten Male publicirt.

Druck und Ausstattung sind sehr gut.

Neumann.

R. Kafemann: Ueber die Behandlung der chronischen Otorrhoe mit einigen neueren Borverbindungen. Danzig. Verlag und Druck von A. W. Kafemann. 1891.

Verf. beginnt mit einem kurzen geschichtlichen Exposé der Borsäurebehandlung bei Mittelohreiterungen, geht dann auf sein eigentliches Thema, die Behandlung derselben mit dem von Jänicke (Görlitz) und vom Verf. studirten und von ihnen Natron tetraboricum neutrale und alcalinum genannten Borpräparate über. Das erste Salz entsteht, wenn gleiche Theile Borsäure, Borax und Wasser zusammen erhitzt werden. Der krystallinische Rückstand ist das neutrale Salz. Das alkalische entsteht beim Erhitzen von 5 Theilen Borsäure mit 10½ Theilen Borax. Beide sind sehr löslich in Wasser (bis 63 pCt.).

Verf.'s Verfahren ist Folgendes. Gründliche Ausspülung und Reinigung des Gehörgangs (eventuell Durchspülung des Mittelohres per tubam); sorgfältige Trocknung desselben mit Watte; Eingiessen der Lösung ins Ohr, bis sie sich im Rachen zeigt (wodurch zugleich eine Desinfection der Tube erzielt wird). Dieses wird durch leichtes Pressen auf den Tragus befördert, ist natürlich nicht immer sofort zu erreichen, vom Momente aber, wo es gelingt, ist es als erfreuliches Zeichen beginnender Heilung anzusehen. Die Procedur ist vollständig schmerzlos. Darauf folgt luftdichte Verstopfung des Gehörgangs mit 20 pCtiger Bornatronwatte oder -marly. Bei Reizung durch den Tampon muss der Gehörgang oder der Tampon mit Vaselin oder einer öligen Flüssigkeit bestrichen werden. Ekzembildungen wurden nicht beobachtet.

Als Beweis folgen Krankengeschichten der verschiedensten chronischen Mittelohreiterungen, darunter genug verschleppte Processe, die jahrelang bestanden und allen anderen Medicationen getrotzt hatten. Der Erfolg der Behandlung in kürzester Zeit ist geradezu staunenerregend. Neumann.

Felix Wesener: Medicinisch-klinische Diagnostik. Lehrbuch der Untersuchungsmethoden innerer Krankheiten. Berlin. 1892. Verlag von Julius Springer. Preis 10 Mark.

Das vorliegende Werk zeichnet sich in vortheilhafter Weise vor den zahlreichen, bereits vorhandenen Lehrbüchern der klinischen Untersuchungsmethoden dadurch aus, dass es die gesammte klinische Diagnostik in erschöpfender Weise behandelt. Die Anordnung und Gruppirung des Stoffes ist eine von der bisherigen Darstellungsweise etwas abweichende. Der ganze Stoff ist in 3 Abschnitte gruppirt: im 1. Capitel sind alle zur Krankheitsdiagnose zur Verfügung stehenden Methoden beschrieben und kritisch beleuchtet. Der zweite Abschnitt enthält die specielle Diagnostik, wie sie in den anderen Lehrbüchern gruppirt ist; endlich der dritte Theil, die angewandten Diagnosen, enthält eine kurze Zusammenfassung der für die differentielle Diagnose wichtigen Symptome der inneren Krankheiten. Für den Studirenden ist eine solche Gliederung des Themas gewiss äusserst vortheilhaft, da der Anfänger zunächst die allgemeine diagnostische Bedeutung der Untersuchungsmethoden kennen lernen und zu würdigen verstehen muss, ehe er an die specielle Diagnostik herantritt Dem praktischen Arzte wird das Werk als Nachschlagebuch ebenfalls willkommen sein. Wenn auch die Entwicklung der physikalischen Diagnostik gegenwärtig zu einem gewissen Abschluss gekommen ist, wächst von Jahr zu Jahr dank den Fortschritten der Chemie und Bakteriologie die Zahl der zu Reactionen und Prüfungen verwendbaren Körper, von denen die medicinische Diagnostik Vortheil zu ziehen gewusst hat. Der allseitig gebildete Arzt wird deshalb sich häufig veranlasst fühlen, über die verschiedenen neueren diagnostischen Fragen sich zu orientiren, und in dieser Beziehung kann ihm das vorliegende Buch warm empfohlen werden. Die Ausstattung des Werkes ist eine vorzügliche. Abelmann.

M. Bresgen: Ueber die Verwendung von Anilinfarbstoffen bei Nasen-, Hals- und Ohrenleiden. Wiesbad e 1891. E. Jungklaas. Pr. 1 Mk. 20.

Ganz im Gegensatz zu den vielfachen ungünstigen Erfahrungen hat Verf. bei Anwendung der Anilinfarben nur sehr gute Resultate gesehen. Das Pyoktanin ist im Stande gewesen, die nach Kauterisationen in der Nase regelmässig sich einstellende, entzündliche Schwellung auf's Günstigste zu beeinflussen; ebenso ist es von grossem Einflusse auf Beseitigung und Verhinderung von Eiterungen in der Nase gewesen. Bei seinen weiteren Forschungen und Untersuchungen ist Verf. endlich beim Methylenblau in Pulverform stehen geblieben als dem besten Mittel für obige Zwecke. Er hat in 5 Monaten nicht einen einzigen Misserfolg zu verzeichnen gehabt. An drei Fällen erläutert Verf. sein Verfahren, dessen Details im Originale nachzulesen sind.

Missstände, wie Beschmutzung mit den Farbstoffen, sind leicht zu vermeiden. Andere, scheinbare Uebelstände des in den Hals gelangten Farbstoffes, nämlich das Verschlucken desselben, das Brennen und die Trockenheit im Halse nach demselben, sind von keinen nachtheiligen Folgen und nur vorübergehend. Neumann.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— In der Sitzung der Academie des Sciences in Paris (25. Januar 1892) berichteten Lortet und Despeigens über interessante Beziehungen zwischen Erd- (Regen-) würmern und Tuberkelbacillen. In derselben Akademie hatte Pasteur vor einem Jahre gezeigt, dass Regenwürmer zu Ueberträgern des Milzbrandes werden können. L. und D. konnten nachweisen, dass die Regenwürmer in ihrem Körper ebenso Tuberkelbacillen, selbst durch mehrere Monate lebend und in ihren virulenten Eigenschaften ungeschädigt beherbergen können. Im Gewebe der Würmer, welche in mit tuberculösem Gewebe vermischter Erde lebten, fanden sich Tuberkelbacillen in ungeheurer Zahl. Auch in den Excreten der Regenwürmer liessen sich unter obigen Bedingungen Tuberkelbacillen nachweisen. Hierdurch ist es wahrscheinlich gemacht, dass die Regenwürmer zu Ueberträgern der Tuberculose werden können.

— Prof. L. Stieda empfiehlt in Nr. 5 des neurolog. Centralblattes eine neue Methode zur Anfertigung trockner Hirnpräparate. Das Neue an ihr ist die Anwendung des gewöhnlichen käuflichen Oelfirnisses

Das frische Gehirn wird in eine concentrirte wässrige Lösung von Chlorzink gebracht. Nach 24 Stunden wird es herausgenommen, von der Pia befreit und in 96° Alkohol gelegt; letzterer wird in 5—6 Tagen erneuert. In 2—3 Wochen ist das Gehirn genügend erhärtet, um nun für 2—4 Wochen in Ol. terebinth. rossic. gebracht werden zu können.

Schliesslich wird das Gehirn in sog. Oelfirniss, wie er in der Oelmalerei angewandt wird, gelegt. In Oelfniss muss das Gehirn 2 Wochen liegen; darauf wird es herausgenommen und für 1—2 Wochen bei gewöhnlicher Zimmertemperatur unbedeckt der Einwirkung der Luft ausgesetzt, bis es sich vollständig trocken anfühlt. Die auf diese Weise behandelten Hirne oder Hirntheile sollen eine angenehme braune Farbe, gutes Ansehen haben und nur wenig geschrumpft sein.

Sie sollen sich zu Unterrichts- und Studienzwecken sehr eignen.

— Broughton empfiehlt folgende antiseptische Behandlung profuser Diarrhöen: Bism. salicyl. 10,0 Zinc. sulfocarbolic. 0,2 Aq. Calcis. Aq. destillat. āā 50,0 Tinct. opii benz. 20,0 2stündlich 1 Kaffeelöffel.

(Deutsche medic. Wochsch. Nr. 1).

— Gegen Oxyuris wendet Minerbi Klystiere mit Naphtalin nach folgender Form an: Naphtalini 1,0—1,5 Ol. Olivar 40—60,0 für Kinder; Erwachsenen 5,0—6,0 : 60—80,0.

(Annales de Médec. Nr. 49. 1891).

— Shaw (Cincinnati Lancet 9. Jan. 1892) ruhmt die Behandlung chronischer Blasenkatarrhe mit starken Lösungen von Argentum nitricum. Vollen Erfolg erzielte er in Fällen, die Jahre hindurch mit inneren Mitteln und Blasenspülungen behandelt worden waren. Eine einmalige Injection von Arg. nitric. gr. xx gelöst in Aq. dest. ℥i mittelst einer mit dem Katheter verbundenen elastischen Spritze genügte selbst in den hartnäckigsten Fällen, um alle Symptome zum Schwinden zu bringen. Die Injection ist mit sehr starken Schmerzen während und nach derselben verknüpft, welche häufig eine Morphiuminjection erfordern. Die Injectionsflüssigkeit soll nur 3—6 Secunden in der Blase gelassen werden, darauf durch Nachlassen des Druckes auf die Spritze aufgesogen werden. In wenigen Fällen wiederholte Shaw die Injection in Intervallen von 10 Tagen mit einer stärkeren Lösung (gr. xxx bis ℥i auf ℥i Aq. dest.).

— Wilhelmy empfiehlt Aetzungen mit Chlorzink bei Diphtherie (20 pCt. Lösung). Das Mittel dringt bei energischer Application in die Tiefe, ohne die mit gesundem Epithel bekleidete Schleimhaut anzugreifen. Die Aetzung wird am besten mit einem mit dem Medicament durchtränkten und um eine gekrümmte Pincette gewickelten Wattestreifen vorgenommen. Der Aetzschorf ist stets grösser, als die vorher als erkrankt angesehene Fläche, weil die gesund scheinenden Geschwürsränder bereits inficirt sind und kein intactes Epithel mehr besitzen. (Deutsche medic. Wochsch. 4. Febr. 1892).

Vermischtes.

— In Rostow am Don, wo der Flecktyphus in erheblichem Grade herrscht, sind in letzter Zeit bereits fünf Aerzte des städtischen Krankenhauses daran erkrankt. Von ihnen sind zwei — der Oberarzt Limberg und der Ordinator A. Schroeder — bereits der Krankheit erlegen, einer — Dr. Weidle — liegt noch schwer darnieder und zwei Aerzte — Koslow und Boldyrew — befinden sich in der Reconvalescenz. Die Feldscherer und fast das ganze Dienstpersonal des Krankenhauses haben ebenfalls den Flecktyphus durchgemacht.

— Das Woronesh'sche Landschaftsamt hat sich an die Charkow'sche Universität gewandt mit der Bitte um Absendung einer Anzahl Studirender des letzten Cursus der medicinischen Facultät, damit dieselben den Kranken im Kreise, die vorzugsweise an Scorbut, aber auch an Flecktyphus leiden, Hülfe leisten. Die Landschaft hat ausser den Reisespesen eine Vergütung von 3 Rbl. pro Mann täglich ausgesetzt.

— Aus Moskau sind am 17. Mai fünf barmherzige Schwestern mit grossen Vorräthen an Wäsche und Medicamenten in den Wiluisk'schen Kreis des Jakuten-Gebiets abgereist, um daselbst die Pflege der Leprösen zu übernehmen.

— Aus Nishni-Nowgorod kommt die Nachricht, dass im Lukojanow'schen Kreise der Landschaftsarzt Rosanow am Flecktyphus gestorben und die Aerztin Lurje an derselben Krankheit darniederliegt.

— In Tjumen (Gouv. Tobolsk) ist eine Abtheilung von Studenten der Medicin zur Hülfeleistung bei den Kranken eingetroffen. Gegenwärtig sind bereits gegen 100 ältere Studenten der Medicin von russischen Universitäten als Sanitäre in den von der Hungersnoth und Epidemien heimgesuchten Gouvernements thätig.

— Verstorben: 1) Am 25. April in Rostow am Don der Ordinator am dortigen Stadthospital Dr. Alexander Schroeder am Flecktyphus, den er sich als Leiter der Typhusabtheilung zugezogen hatte. Das örtliche Blatt («Priasowski Krai») widmet ihm einen warmen Nachruf. Die Beerdigung des zu den besten Hoffnungen berechtigenden, in der Blüthe der Jahre dahingerafften Arztes fand unter grosser Betheiligung der Autoritäten, Collegen und örtlichen Einwohner statt. Der Sarg verschwand fast unter den zahlreichen Kränzen die von der medicinischen Gesellschaft, von der Stadtverwaltung, von den Aerzten des Stadthospitals, von der evangelisch-lutherischen Gemeinde, von den Hebräern und von vielen Privatleuten gespendet waren. Am Grabe riefen dem Hingeschiedenen drei Aerzte und der Redacteur des örtlichen Blattes warme und tiefempfundene Worte nach. — Wenn wir uns nicht irren, war der Verstorbene ein Sohn der Ostseeprovinzen (Kurland) und hatte seine medicinische Ausbildung auf der Dorpater Universität erhalten, an welcher er vor 4 Jahren den Cursus absolvirte. 2) In Rostow am Don der Oberarzt des dortigen Stadthospitals Dr. Theodor Limberg, welcher ebenfalls ein Opfer seines Berufes geworden ist. Wenige Tage vor dem Tode Schroeder's erkrankte auch Dr. Limberg am Flecktyphus, dem er eine Woche später erlag. Der Verstorbene gehörte zu den angesehensten Aerzten Rostow's und war in der letzten Zeit auch Präsident der dortigen medicinischen Gesellschaft. 3) Am 9. Mai in St. Petersburg der Arzt des Garde-Sappeur-Bataillons, Dr. Leo Iwanowski, im 47. Lebensjahre. Nach Absolvirung des Cursus an der medico-chirurgischen Academie (1869) fungirte I. längere Zeit als Prosector der Anatomie zu Prof. Landzert's Zeiten an der Academie und wurde erst im J. 1883 Militärarzt. 4) In Ischim (Gouv. Tobolsk) der Dorfarzt K. A. Beljajew im Alter von 33 Jahren. Er übernahm die Leitung des Stadthospitals an Stelle des am Flecktyphus darniederliegenden Stadtarztes, erkrankte aber selbst sehr bald an dieser Krankheit, der er nach 8 Tagen bereits erlag. Der Verstorbene hat seine Frau mit 4 Kindern ohne jegliche Existenzmittel hinterlassen.

— Der berühmte Professor der Anatomie in Würzburg Dr. v. Kölliker, beging am 14. Mai n. St. sein 50jähriges Doctorjubiläum, bei welcher Gelegenheit ihm von zahlreichen deutschen und ausländischen Universitäten (darunter auch Moskau) Glückwunschadressen übermittelt wurden. Der Rector der Universität und der Dekan der medicinischen Facultät überreichten dem Jubilar seine in Marmor ausgeführte Büste, die beiden Bürgermeister den Ehrenbürgerbrief der Stadt Würzburg. Der Fackelzug der Studenten unterblieb auf Wunsch des Jubilars.

— Für das zu errichtende Pirogow-Denkmal sind bereits über 7000 Rbl. eingegangen.

— Eine ausserordentliche Gouvernements-Landschaftsversammlung in Ssaratow hat 50,000 Rbl. zur Bekämpfung der im Gouvernement herrschenden Epidemien angewiesen.

— An Stelle des in Folge von Krankheit in den Ruhestand getretenen Professors Rossbach ist der bisherige ausserordentliche Professor Dr. Stinzing zum ordentl. Professor der inneren Medicin und Director der medicinischen Klinik an der Universität Jena ernannt worden.

— In den Kreis Ostrogoshk (Gouv. Woronesh) sind 3 Aerzte und 7 Feldscherer zur Bekämpfung des dort herrschenden Scorbuts geschickt worden.

— Dem bekannten Leipziger Chirurgen, Prof. Thiersch, ist gelegentlich seines 70. Geburtstages, den er am 20. April beging, von seinem Schwiegersohne, dem Berliner Professor der Kirchengeschichte Dr. theol. Adolph Harnack, ein eigenartiges literarisches Angebinde dargebracht worden, das den Titel «Medicinisches aus der ältesten Kirchengeschichte» führt. Die Gabe «schmückt sich» wie der Verfasser im Vorwort sagt, «mit dem Namen eines Arztes, der mir stets ein Vorbild der Humanität gewesen ist, sowohl in dem Sinne, in welchem sie das lebendige Verständniss für den Menschen u. für seine Geschichte bezeichnet, als auch in dem höheren, in welchem sie als nie zu ermüdende Güte Ehrfurcht abgewinnt». Die Kritik spricht sich recht anerkennend über diese Schrift aus. Nach der «Allg. med. Central-Ztg.» ist das Opusculum ungemein frisch, anziehend, ja stellenweise jovial abgefasst. Ausser quellenmässigen Lebensabrissen und Charakteristiken einer längeren Reihe christlicher Aerzte der ältesten Zeiten bringt dasselbe «Diätetisches und Therapeutisches» über Weingenuss, Weinsorten, über Wunden-, Augen- und Ohrenleiden, Nahrungsmittel, Turnen, Vegetarianer etc. in ferner einen Abschnitt «Physiologisches und Psychologisches, in welchem von Chirurgen, von der Vivisection, von der Seelenlehre der Aerzte und Philosophen, vom Verdauungsprocess u. s. w. die Rede ist. Ein ganzes Capitel ist den in den Evangelien etc. erwähnten Krankheiten und Gebrechen gewidmet, wobei auch über Curpfuscher aus dem grauen Alterthum berichtet wird.

Der Verfasser Prof. Harnack stammt aus Dorpat, wo er von 1869—72 Theologie studirte. Nach Erlangung der Candidatenwürde daselbst, setzte er seine Studien in Leipzig fort und war dann 5 Jahre Docent in Leipzig. Seit 1888 ist er Professor der Kirchengeschichte in Berlin.

— Prof. Klebs soll den an ihn ergangenen Ruf nach Chicago abgelehnt haben. Derselbe beabsichtigt, nach Karlsruhe überzusiedeln.

— Wie der Chef der militär-medicinischen Academie bekannt macht, werden in diesem Jahre in die Zahl der Studirenden der Academie Personen aufgenommen werden, welche den Cursus mit dem Maturitätszeugniss in den Gymnasien des St. Petersburger sowohl als auch der anderen Lehrbezirke absolvirt haben, wobei diejenigen, welche bei der Entlassung mit einer Medaille ausgezeichnet worden sind, den Vorzug erhalten werden. Bei gleicher Zahl der Bälle geniessen diejenigen den Vorzug, welche ein Gymnasium des St. Petersburger Lehrbezirks absolvirt haben. Nicht zugelassen werden: 1) Perso-

nen jüdischer Confession, 2) Verheirathete, 3) Solche, die von einer Universität oder der Academie wegen schlechter Führung oder unbefriedigender Leistung ausgeschlossen worden sind, und 4) Personen mit physischen Fehlern, welche die Ausübung der Functionen eines Arztes behindern. Die Zahlung für die Vorlesungen und praktischen Beschäftigungen beträgt 60 Rbl. jährlich; der Betrag für das I. Semester (30 Rubel) muss bis zum 1. September 1892 entrichtet werden.

— Ein eigenthümliches Licht auf die von Laien unterhaltenen Kumisanstalten wirft folgende Annonce. Der Besitzer einer solchen Anstalt, ein gewisser Mamonow, erklärt in seiner Bekanntmachung, dass «dem medicinischen Theil der Anstalt ein Doctor vorsteht» (der Name ist nicht genannt) und fügt dann gleich hinzu: «fünf Werst entfernt wohnt der Wunderdoctor (Знахарь) Kusmitsch».

(Wolshski Westn. — Wr.).

— Die «Hampden Medical Society» (in den Vereinigten Staaten) hat 2 Aerzte, welche sich mit einem Dr. Reely behufs Behandlung der Trunksucht mit einem Geheimmittel vereinigt haben, aus ihrer Mitte ausgeschlossen.

(New-York med. Journ. — Wr.).

— Die «Münch. med. Wochenschr.» reproducirt den Wortlaut eines Circulars, welches ein dortiger Arzt an die Hebammen Münchens gerichtet hat, um sich diesen Damen als Specialarzt für Geburtshülfe zu empfehlen. Die Redaction des genannten Blattes veröffentlicht dieses Schreiben, sowie den vollen Namen des reclamesüchtigen Arztes, um ersteres, wie sie hinzufügt, «einem grösseren Leserkreise, als derjenige ist, für welchen Verfasser es bestimmte, nicht vorzuenthalten».

— Nach dem soeben erschienenen statistischen Jahrbuch der Stadt Wien für das Jahr 1890 betrug die Zahl der Aerzte in Wien am Ende des Berichtsjahres 1340, so dass im Durchschnitt 609 Einwohner auf je einen Arzt entfallen. — Die grösste Mortalität bewirkt die Lungentuberculose, an welcher 4498 Personen (22,23 pCt. aller Todesfälle) gegen 4444, 4687, 4700, 5138 in den vorausgegangenen Jahren gestorben sind.

— In Rostow a. D. hat sich am 1. April a. c. Jemand den schlechten Scherz erlaubt unter anderen Personen auch mehrere Aerzte in eine Nummer eines Gasthauses angeblich zu einem Kranken zu bitten, der sich bei Ankunft der Aerzte als ganz gesund und sehr wenig erfreut über diese Besuche erwies. Die örtliche Zeitung «Priasowski Kraj» berichtet in humoristischem Tone über diesen «gelungenen unschuldigen Scherz. Dr. Schtscherbakow, der der «Russk. Med.» hierüber Mittheilung macht, bemerkt dazu richtig, dass nach solchen Vorkommnissen auch für die Aerzte ein Tag, der 1. April, existirt, an welchem sie nicht, wie sonst, jedem Ruf zu einem Kranken zu folgen brauchen, sondern sich vorsehen werden, nicht als Opfer eines schlechten Scherzes der Gesellschaft zur Erheiterung zu dienen.

— Die antisemitischen Studenten provocirten neuerdings in der Aula der Wiener Universität wieder eine derartig stürmische Scene, dass der Dekan der medicinischen Facultät Prof. Ludwig die Universität räumen und die Thore schliessen lassen musste. Den Anlass zu diesem Scandal gab die Wahlniederlage der Antisemiten, die beim medicinischen Unterstützungsverein in der Minorität geblieben waren.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 17. Mai d. J. 5471 (25 weniger als in der Vorwoche), darunter 281 Typhus — (9 mehr), 538 Syphilis — (7 mehr), 39 Scharlach — (1 mehr), 13 Diphtherie — (6 weniger), 82 Masern — (13 weniger) und 24 Pockenkranke (wie in der Vorwoche).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 10. Mai bis 16. Mai 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
358	286	644	122	98	113	12	9	16	61	46	44	45	41	31	4	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 14, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 41, Scharlach 3, Diphtherie 8, Croup 1, Keuchhusten 9, Croupöse Lungenentzündung 37, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 1, Tuberculose der Lungen 93, Tuberculose anderer Organe 11, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 34, Marasmus senilis 20, Krankheiten des Verdauungscanals 56, Todtgeborene 31.

☛ Die Bibliothek des Vereins St. Petersburger Aerzte wird im Laufe des Sommers zugänglich sein am Dienstag und Freitag von 4—6 Uhr und am Mittwoch im Laufe des ganzen Tages. ☚

Дозв. ценз. Спб. 23 Мая 1892 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVII. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** **Neue Folge [illegible]. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 22 St. Petersburg, 30. Mai (11. Juni) **1892**

Gangraena penis post influenzam.

Von

Dr. Carl Devrient.

in Grundsahl (Livland).

Auf dem XX. Congresse der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, zu Berlin am 4. April 1891, hat O. v. Büngner (Marburg) einen Vortrag, «über einen merkwürdigen Fall von peracuter Gangrän des Hodensackes» gehalten. (v. Langenbecks Archiv, Bd. XLII. Heft 4). Die peracute Gangrän des Hodensackes war in diesem Falle bei einem 28jährigen Manne aufgetreten, welcher einige Wochen zuvor zwei heftige Attaquen von Influenza überstanden hatte. In Nr. 46 der St. Petersbg. medic. Wochenschrift 1890 pag. 418 berichtet O. Johannsen (Libau) über einen Fall von «Gangraena pedis post influenzam». Ich erlaube mir hiermit einen Fall von Gangraena penis zu veröffentlichen, in welchem die Gangrän, im Gegensatze zum v. Büngner'schen und Johannsen'schen Falle, nicht nach Ablauf von c. 2 Wochen, nach überstandener Influenza, sondern bereits am 4. Tage der Influenza zur Beobachtung gelangte. Ich glaube daher, dass dieser Fall, in Anbetracht seiner Seltenheit, einiges Interesse beanspruchen dürfte. Die Krankengeschichte ist folgende:

A. K., Lette, 41 J. alt, verheirathet, erkrankte am 15. Januar 1892 sehr schwer an der Influenza; am 16. Januar war Patient so krank, dass ihm von diesem Tage jegliche Erinnerung fehlt; er weiss nur anzugeben, dass er «wie todt» zu Hause gelegen haben soll. Am 17. Januar fühlte er sich besser, da die unerträglichen Kopf- und Rückenschmerzen nachgelassen hatten; der Schwächezustand war aber noch sehr gross und jetzt bemerkte Pat. eine schmerzhafte Röthung und Schwellung des ganzen Penis und eine gleichzeitige recht schmerzhafte Schwellung der Leistendrüse. Bis zum 18. Januar, an welchem Tage ich Pat. zuerst sah, nahmen Schwellung und Röthung des Penis stetig zu, so dass der Penis ganz ungewöhnlich gross geworden war; die Leistendrüsen waren beiderseits stark infiltrirt und schmerzhaft. Pat. stellt energisch jegliche Infection in Abrede, ein Trauma hat nicht stattgefunden, ausserdem wird Abusus alkoholicus in Abrede gestellt; eine Phimose ist nicht vorhanden, der Penis ist bis zur Wurzel gleichmässig, unförmlich angeschwollen. Ein Ulcus oder Gonorrhoe sind nicht zu constatiren; der Harn ist klar, enthält kein Eiweiss, keinen Zucker. Alle übrigen Organe vollkommen normal. Die Behandlung bestand vorläufig in Hochlagerung des Gliedes, Umschlägen mit Aq. Plumbi, gegen die intensiven Schmerzen innerlich 1/6 Gran Morph. muriatic. Am 19. Januar Morgens, zeigt sich eine grosse Brandblase an der Spitze des Gliedes, die Haut in der Umgebung der Blase ist vollkommen anästhetisch und im Laufe von etlichen Stunden hat sich die Brandblase auf c. 1/3 der Penishaut ausgebreitet. Am 20. Januar wird in der Narkose eine ausgiebige Entfernung der gangränösen Hautpartien vorgenommen; es erweist sich dabei, dass die Gangrän bis zur fibrösen Hülle der Corpora cavernosa vorgeschritten ist. Die Urethra ist intact, alle Venen im Gebiete der brandigen Partien sind mit Thromben angefüllt. Die Gangrän hat die Haut an der Spitze des Penis, an der unteren Fläche desselben und theilweise auch die Haut des Dorsum penis zerstört. Von jetzt ab ist ein Weiterschreiten des brandigen Processes nicht mehr bemerkbar, die Wunde beginnt sich im Laufe einiger Tage stark zu reinigen, granulirt gut und unter dem antiseptischen Verbande, welcher alle 24 Stunden erneuert wird, macht der Heilungsprocess erfreuliche Fortschritte. Da der Penis mit der Zeit zur normalen Grösse zurückkehrt und die Spannung und das Oedem der Haut nachgelassen haben, so verkleinert sich der recht grosse Defect der Haut in Folge der Dehnbarkeit der Penishaut recht rasch und nach einer 8wöchentlichen Behandlungszeit kann Patient aus dem Lazareth am 15. März 1892 entlassen werden.

In der Literatur finden sich etliche Fälle von sogen. «Spontangangrän» der Geschlechtstheile; schon Hunter waren diese spontanen Brandformen bekannt und er führte dieselben auf einen Spasmus der Gefässe zurück, während Richet als Ursache des Brandes Venenthrombose annahm. Auch Johannsen ist in seinem oben citirten Falle der Ansicht, dass nach der Influenza primär eine Venenthrombose aufgetreten war, woraufhin die Gangrän des Beines sich entwickelte und sagt: «derartige Gerinnungen mögen bei der Influenza eine weit grössere Rolle gespielt haben, als man bis jetzt geahnt hat».

Lallement hat im Jahre 1884 (Thése, Paris 1884) eine Reihe von Beobachtungen publicirt, wo bei jungen Leuten plötzlich und ohne jede Ursache im Laufe von c. 24 Stunden Gangrän der Scrotalhaut eingetreten war,

und bezeichnete diese Fälle mit dem Namen «Gangrène foudroyante». Er will den spontanen Brand des Penis und der Scrotalhaut auf Bakterieninvasion zurückführen, weil alle Ursachen, welche Gangrän herbeiführen, in diesen Fällen fehlten. Es war weder ein Trauma, noch eine Verbrennung oder Erfrierung, weder Gonorrhoe, noch Phimose, weder Alcoholismus, noch Diabetes zu constatiren gewesen. Specifische Bakterien, welche den spontanen Brand des Penis und der Scrotalhaut verursachen, sind zur Zeit noch nicht nachgewiesen worden; v. Büngner hat in seinem Falle, welcher mit einem Abscess in der rechten Leistenbeuge und einem Abscess auf dem Dorsum penis complicirt war, aus dem Abscesseiter Culturen von Staphylococcus pyogenes aureus erhalten und führt die Gangraena scroti auf Infection mit dieser Bakterienart zurück, nachdem die Influenza den Boden für die Ansiedlung des Staph. pyog. aur. vorbereitet hatte. Gleichzeitig aber will v. Büngner den Namen «Spontangangrän» eingeschränkt sehen, weil heutzutage der bakteriologische Nachweis im Stande ist, uns über Vieles, das früher im Dunklen blieb, Aufklärung zu geben; er ist der Ansicht, dass sich in manchen Fällen auch die Spontangangrän nur als secundäre Gangrän erweisen dürfte, wie z. B. auch in seinem eigenen Falle, wo eine secundäre Gangrän des Hodensackes eingetreten war, weil eine acut-infectiöse Orchitis, bezw. ein Hodenabscess vorausgegangen war, welcher wiederum als Ursache Infection mit Staphyl. pyog. aur. hatte.

Culturen sind von mir, in meinem Falle, nicht angelegt worden, ich glaube aber, dass auch hier vielleicht eine Infection mit Staphyl. pyog. aur. die Ursache der Gangraena penis gewesen sein kann, nachdem die Influenza den Boden zur Ansiedlung derselben günstig vorbereitet hatte. Eine kleine Abschürfung, ein kleiner Defect an der Haut des Penis mögen genügt haben, um die Pforte für die Infection zu öffnen, aber auch dies ist nicht einmal nöthig, nachdem Garré (zur Aetiologie der acuten eitrigen Entzündung. Fortschritte der Medicin 1885). durch seine Arbeit erwiesen hat, dass der Staphyl. pyog. aur. auch die gesunde Haut durchdringen kann, wobei er wohl hauptsächlich den Ausführungsgängen der Hautdrüsen folgt.

Wenn die primäre Venenthrombose bei der Influenza die Ursache der folgenden Gangrän sein soll, so glaube ich immerhin noch annehmen zu dürfen, dass auch die Thrombose erst in Folge von Infection mit specifischen Bakterien eintritt und nach Weigert's Erfahrungen können sogar nicht pathogene Kokken die capillären Blutgefässe verstopfen und hierdurch oberflächliche Nekrosen zu Stande bringen.

In Bezug auf die Heilung des recht grossen Defectes der Penishaut will ich noch hinzufügen, dass weder Transplantation nach Reverdin, noch Verpflanzung von Hautlappen nach Thiersch nöthig waren, sondern dass der Defect recht gut und verhältnissmässig recht rasch bei exspectativer Behandlung unter dem antiseptischen Wundverbande heilte uud schliesse ich mich hierin v. Büngner's Erfahrungen und Ansichten vollkommen an, wenn er diese Behandlungsweise allein bei derartigen Affectionen der Geschlechtstheile, empfiehlt.

Wie bekommt die Einwohnerschaft St. Petersburgs den breiten Bandwurm (Bothryocephalus latus)?

Von

A. v. Schröder.

St. Petersburg.

Wenn die Art und Weise, wie die Taenia mediocanellata und die Taenia solium in den menschlichen Darm gelangen, beinahe jedem gebildeten Menschen bekannt ist, so ist dieselbe betreffs des breiten Bandwurmes im Publikum fast völlig unbekannt und sogar nicht alle Aerzte kennen den gegenwärtigen Stand dieser Frage.

In Anbetracht dessen, dass der breite Bandwurm in seinem krankheiterregenden Einfluss die Taenien übertrifft (wenigstens nach meinen persönlichen Beobachtungen) wird es mir erlaubt sein, einige Worte über die denselben betreffenden Untersuchungen und Experimente in den letzten 10 Jahren zu sagen. Die längst bekannten, eiförmigen, dunkelbraunen, mit einem Deckelchen versehenen Eier werden vom Wurm im Darm des Trägers, in der Mehrzahl der Fälle täglich und in unzählbarer Menge abgelegt. Sie kommen gewöhnlich in den Faeces in verschiedenen Stadien der Dottertheilung, einige von ihnen sogar vor derselben vor. Die Eier, welche früh oder spät ins Wasser gerathen, entwickeln eine sogenannte Onkosphäre; wenn letztere gereift ist, öffnet sich der Deckel des Eies und der Embryo, mit 6 Haken und zahlreichen Wimpern versehen, schwimmt rasch im Wasser umher. Noch vor 10 Jahren meinten die Zoologen, dass der Mensch beim Wassertrinken direct den Embryo aufnehme. Zum ersten Mal wurde diese Voraussetzung vor 10 Jahren durch Max Braun, damals Professor in Dorpat, jetzt in Königsberg, als falsch erwiesen.

Er nahm als Grundlage seiner Forschungen die Analogie der Art der Einverleibung der anderen Bandwürmer. Wenn, überlegte er, der Mensch die Taenien im Fleisch eines finnigen Thieres aufnimmt, warum sollte er nicht auf dieselbe Art den breiten Bandwurm acquiriren? Die Aufgabe, den Zwischenwirth aufzufinden, war keine leichte. Braun benutzte das Factum, dass der Bothryocephalus latus fast nur bei solchen Thieren vorkommt, deren Nahrung ausschliesslich oder vorzugsweise aus Fischen besteht. Weiter überlegend kam Braun a priori zur Annahme, dass der Mensch den Bothryocephalus wahrscheinlicher Weise durch den Genuss von Fischen acquirire. (Hier muss bemerkt werden, dass die Lachsarten von Küchenmeister und Anderen schon längst zu den in dieser Hinsicht verdächtigen Fischen gezählt wurden). Das Suchen Braun's wurde bald durch den Erfolg gekrönt. 1881 fand er im Hecht und in der Quappe kleine Würmer, welche er auf Grundlage anatomischer Schlüsse als Larven des breiten Bandwurms erkannte, und Plerocercoiden nannte. Aber dieses genügte nicht, man musste den Weg der Einverleibung durch ein Experiment beweisen. Dieses geschah durch tadellose Experimente an Thieren, die glänzende positive Resultate gaben. Auch dieses aber war noch nicht genügend zur endgültigen Entscheidung der Frage. Deshalb wurde an drei Studenten der Universität Dorpat, die sich dazu erboten hatten, ein Experiment in der Weise angestellt, dass Jeder mehrere Plerocercoiden verschluckte, nachdem durch die vorhergegangene Untersuchung festgestellt worden war, dass bei Keinem von ihnen Eier in den Faeces vorhanden waren. Nach Verlauf von sechs Wochen wurden bei allen dreien Eier in den Faeses gefunden, und darauf die Bandwürmer, welche sich alle als junge erwiesen, durch wurmtreibende Mittel abgetrieben.

Alle diese Thatsachen sind von Autoritäten, wie Leuckart, Blanchard u. Anderen anerkannt worden.

Auf diese Weise ist also vor 10 Jahren durch Braun bewiesen worden, dass der Mensch den breiten Bandwurm durch den Genuss nicht gar gekochter finniger Fische in sich aufnimmt, für die Stadt Dorpat speciell durch den Hecht und die Quappe.

Darauf wurden Plerocercoiden auch in den Fischen anderer Gegenden wo der breite Bandwurm vorkommt, gefunden. So wurden in Japan, wo er sehr verbreitet ist, durch Ijima Plerocercoiden im Onchorrhynchus Perryi, zur Lachsart gehörend, gefunden. Zschokke

fand sie in der Schweiz, Parona in den Barschen von Norditalien, und vor einigen Monaten fand sie Lömiberg in Schweden im Corregonus lavaretus und Corregonus albula.

Experimente mit Fütterung gelangen Zschokke, Parona, Grassi und Rayelli.

Bis heute sind in verschiedenen Ländern, wo der breite Bandwurm verbreitet ist, seine Plerocercoiden in folgenden Fischen gefunden werden: Esox lucius, Lota fluviatilis, Perca fluviatilis, Salmo umbla, Onchorrhynchus Perryi, Trutta vulgaris, Trutta locustris, Thymallus vexillifer, Corregonus lavaretus und Corregonus albula. Somit kann man die Frage: wie bekommt der Mensch den breiten Bandwurm? — in der Weise als beantwortet ansehen, dass der Mensch sich diesen Bandwurm durch einen finnigen Fisch oder dessen Theile, wie z. B. den Rogen einverleibt.

Die andere Frage: wie, d. h. durch welche Fische namentlich, die Bewohner verschiedener Länder den brieten Bandwurm bekommen? — unterliegt noch einer weiteren Untersuchung. Um mich zu überzeugen, durch welche Fische die Einwohner Petersburgs ihn bekommen, kaufte ich mir in den Fischreihen auf dem Heumarkt einen jungen, 33 Ctm. langen, lebendigen Hecht, der im finnischen Meerbusen gefangen worden war. Dabei bestätigte sich augenscheinlich die Meinung des Pariser Professors Blanchard, dass im finnischen Meerbusen alle Hechte ohne Ausnahme Plerocercoiden des breiten Bandwurmes enthalten. Mir, dem diese Organismen nur durch Beschreibung und Abbildung bekannt waren, gelang es, im ersten untersuchten Hecht fünf Plerocercoiden zu finden: einen in den Bauchmuskeln, einen in den Darmanhängen und drei auf der serösen Oberfläche des Darmes *). Ihre Grösse war 8 bis 30 Mm., je nach dem Zustande der Contraction. Sie waren Alle nicht eingekapselt und von weisslicher Farbe. Die Köpfe waren bei Allen eingezogen, in warmem Wasser und schwacher Salzlösung nahmen sie die verschiedenartigsten Formen an. Die Bewegungen fingen grösstentheils vom Kopfe an, welcher ein- und ausgestülpt wurde, aber auch nicht selten vom Schwanze.

Die Bewegungen des letzteren waren zuweilen so stark, dass man sie geisselförmig nennen konnte. Am ausgestülpten Kopf waren die Saugnäpfe zu sehen, welche sich an der breiten Fläche der Larven befinden. Am Schwanzende fand sich meistentheils auch eine unbedeutende Einziehung. Die Würmer waren solid, d. h. enthielten keinen Hohlraum, noch irgend welche differenzirte Organe. Nach allem Gesagten wird man wohl schwerlich die Natur der von mir im Hecht aufgefundenen Würmer verkennen. Sie hatten alle die charakteristischen Merkmale der Plerocercoiden des breiten Bandwurmes.

So viel mir bekannt ist, wurden die Plerocercoiden in Petersburg bis heute noch von Niemand beobachtet. Da es mir jedoch gelungen ist 5 Exemplare in einem Hecht zu finden, und noch dazu im ersten besten, ungeachtet dessen, dass ich die Larven vorher nie gesehen, muss man zugeben, dass die Hechte des finnischen Meerbusens wirklich beinahe durchweg mit den Larven des breiten Bandwurmes inficirt sind. Zugleich bildet der Hecht wegen seiner Billigkeit für die Einwohner Petersburgs, wenn auch nicht die einzige, so doch in jedem Falle die Hauptquelle der Acquisition des breiten Bandwurmes. Zur Bestätigung des Gesagten führe ich das Factum an, dass der Bandwurm sehr stark unter der jüdischen Bevölkerung Petersburgs (ebenso wie in Dorpat) verbreitet ist und zwar aus dem leicht einleuchtenden Grunde, weil der Hecht seit jeher der Lieblingsfisch der Juden gewesen ist.

*) Gegenwärtig ist es mir bereits gelungen, in jedem der fünf von mir untersuchten lebendigen Hechte aus dem finnischen Meerbusen einzelne bis zahlreiche Plerocercoiden des Bothryocephalus latus aufzufinden.
Mai 1892.

Referate.

Carl Ernst: Ueber die Fäulniss der Galle und deren Einfluss auf die Darmfäulniss. (Zeitschr. für physiol. Ch. von Hoppe-Seyler. 1892).

Die Rolle, welche die Galle bei der Verdauung im Darmcanal spielt, wird von verschiedenen Forschern verschieden gedeutet. Als feststehende Thatsache ist bis jetzt nur ihre die Fettresorption begünstigende Eigenschaft anerkannt worden. Auf Grund seiner Versuche kommt Verf. zu dem Schluss, dass die Galle die Eiweissfäulniss keineswegs aufhebt resp. verlangsamt und dass sie selbst bei der Fäulniss (ebenso wie das Eiweiss) Indol, Phenol, Scatol, Tyrosin und andere Zersetzungsproducte liefert. Ein mit kaltem Wasser dargestellter Auszug aus Pferdefleisch war um so reicher an diesen Producten, je mehr Galle ihm zugesetzt wurde, während der nämliche Auszug ohne Galle, unter gleichen Bedingungen, nur Spuren davon enthielt. Den höchsten Peptongehalt hatte der gallenfreie Auszug, den geringsten derjenige, welcher beim Faulen am meisten Galle enthielt. Als der die Producte der Eiweissfäulniss liefernde Bestandtheil der Galle wurde vom Verf. das Gallenmucin constatirt. Wenn man aus ihr das Mucin mit Alkohol abschied und es faulen liess, so konnten die obigen Körper in den Producten nachgewiesen werden, während die Gallensäuren frei von ihnen waren. Liess man Mucin mit Pankreas faulen, so lieferte es diese Producte quantitativ weniger als Mucin allein. Kresling.

Arthur Barker: Ein Vorschlag zur Behandlung der irreponiblen Darmintussusception. (The Lancet 1892 Nr. 3567).

Die operative Behandlung von Intussusceptionen, die sich nicht zurückbringen lassen, giebt bekanntlich eine schlechte Prognose; das gilt ebenso von der Anlegung des Anus praeternaturalis wie von der Darmresection. Die von Barker proponirte Operation ist wegen ihrer Einfachheit und da sie nach Angabe des Verfassers in einer halben Stunde ausführbar ist, durchaus sympathisch; über ihren Werth kann natürlich nur die Praxis entscheiden. — An der Eintrittsstelle des Intussusceptum in das Intussuscipiens (am Hals der J.) werden zunächst beide Darmtheile durch eine circuläre, Serosa und Muscularis umfassende Naht, vereinigt. Dann wird das Intussuscipiens durch einen etwa 2 Zoll langen, dem Mesenterialansatz gegenüberliegenden Längsschnitt eröffnet. Durch diese Oeffnung wird das nun vorliegende Intussusceptum herausgezogen und an seinem oberen Ende quer abgeschnitten; sollte das Vorziehen Schwierigkeiten machen, so kann man das Darmstück auch in situ zuerst durchschneiden und dann herausnehmen. Durch einige wenige, die ganze Dicke der Darmwand fassende Nähte werden die beiden Blätter des Intussusceptum (das eintretende und austretende Rohr) an einander geheftet, um ihre Serosaflächen in Contact zu erhalten und die Blutung aus den Schnitträndern zu stillen. Nach gründlicher Reinigung lässt man nun den Stumpf des Intussusceptum in das Intussuscipiens zurückschlüpfen und vernäht zum Schluss den in dieses gemachten Längsschnitt. — Die Verhältnisse liegen dann so, wie in jenen seltenen Fällen, wo sich das Intussusceptum durch Gangrän abstösst und per anum entleert wird.

Von der leichten Ausführbarkeit der Operation am Lebenden hat B. sich zweimal überzeugen können. Beide Patienten sind gestorben, weil sie schon in verzweifeltem Zustand zur Operation kamen; eine Contraindication gegen die neue Methode lässt sich aus ihnen daher nicht ableiten. Wanach.

Paul F. Mundé: Die Oophorectomie als Behandlungsmethode der Hystero-Epilepsie. (The American Journ. of Obstetrics, April 1892).

Der angesehene amerikanische Gynaekolog entschliesst sich nur in seltenen Fällen der Hystero-Epilepsie zur Oophorectomie. Als geeignet für die Operation erachtet er nur die Pat., bei denen eine unzweifelhafte Wechselbeziehung zwischen Menstruation und Ovulation einerseits und den epileptiformen Krämpfen andrerseits besteht und auch dann nur, wenn alle übrigen therapeutischen Maassnahmen erfolglos bleiben. Dysmenorrhoe, Neurasthenie, Hemikranie und andere nervöse Affectionen sieht M. nicht als Indicationen für die Oophorectomie an, selbst wenn dieselben als Folgeerscheinungen des Menstruationsvorganges anzusehen sind. Bei der Hystero-Epilepsie handelt es sich stets um epileptiforme Krampfanfälle zur Zeit oder kurz vor resp. nach der Menstruation, die nicht mit vollem Bewusstseinsverlust und ohne nachfolgenden tiefen Schlaf, wie bei wahrer Epilepsie einhergehen. Druck auf die Ovarialgegend durch die Bauch-

wand oder bimanuell bringt den Anfall zum Schwinden, selbst Jahre lange Dauer derselben lässt den Geisteszustand der Pat. unafficirt, was weitere differentialdiagnostische Kennzeichen der hystero-epileptischen Anfälle sind. In allen fünf vom Verf. operirten Fällen blieben die Krämpfe nach der Operation weg, bei vier Patientinnen fand er die Uterusadnexa und Ovarien entzündlich verändert, nur eine Kranke hatte normale Ovarien.

W. Beckmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

A. Jurasz: Die Krankheiten der oberen Luftwege. Klinische Beobachtungen und Erfahrungen, gesammelt in der ambulatorischen Klinik für Kehlkopf-, Rachen- und Nasenkranke. Erstes Heft. Die Krankheiten der Nase. Mit fünf Holzschnitten. Zweites Heft. Die Krankheiten des Rachens. Mit drei Holzschnitten. Heidelberg. Carl Winter's Universitätsbuchhandlung. 1891.

Verf. hat seine meisten Erfahrungen und Beobachtungen während einer 14 jährigen Thätigkeit in Form eines Berichts seiner Klinik, deren Schicksale er in dem Vorworte zu seinem Werke beschreibt, niedergelegt. Der Bericht zerfällt nach den Organen, deren Krankheiten beobachtet worden sind, in drei Theile, von denen uns die zwei ersten, Nase und Rachen, vorliegen. Der dritte, die Kehlkopfkrankheiten, sind noch ausstehend.

Der Bericht umfasst ein so reichhaltiges Material, dass er eigentlich eine fast vollständige Pathologie und Therapie jener Krankheiten darstellt. Es fehlt kaum ein Capitel derselben. Wir finden eine Beschreibung der Krankheiten, wie sie in Verf.'s Klinik beobachtet worden sind. Krankengeschichten besonderer Fälle schliessen sich daran. Wir finden weiter eine Statistik nach Geschlecht, Alter, Häufigkeit u. s. w. und schliesslich die Behandlungsmethoden und deren Resultate. Dieses äusserst interessante und reichhaltige Material ist besonders für den Kliniker und Specialarzt bestimmt, der aus demselben sehr viel Interessantes und Lehrreiches schöpfen wird, wenn er auch, wie Rf., mit manchen Anschauungen und therapeutischen Maassnahmen nicht einverstanden sein wird. Doch über diese Meinungsverschiedenheiten hier zu sprechen passt nicht in den Ramen der Zeitschrift und eignet sich mehr für ein Fachjournal. Aber auch der praktische Arzt wird mit Genuss und Vortheil dieses frisch und lebendig geschriebene Werk lesen. Druck und Ausstattung sind gut.

Neumann.

Auszug aus den Protokollen der Medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 15. Januar 1892.

I. Herr von Zoege spricht 1) über einen Fall von Pyaemia multiplex cryptogenetica. Durch heftige Muskelaction wurde eine seit Jahren geschwellte Lymphdrüse der rechten Axilla zum Platzen gebracht. Phlegmone erst in der rechten, dann in der linken Achselhöhle. Der Gang der Pyaemie liess sich verfolgen entsprechend den Lymphbahnen. Perforation in Darm und Blase. Exanthem. Chirurgische und Alkohol-Therapie. Genesung.

(Publicirt in dieser Wochenschrift 1892 Nr. 14).

Herr von Zoege referirt 2) über eine Verletzung der Arteria coronaria ventriculi dextra durch Messerstich. Die Unterbindung war schwierig wegen versteckter Lage der verletzten Arterie. In vorstehendem Fall hatte er sich die Operation wesentlich erschwert durch Aufblasen der Därme mit Wasserstoffgas nach Senn wegen Verdachts auf Darmverletzung. Der Kranke konnte nach allerhand Zufällen schliesslich geheilt entlassen werden. Schwierig ist die Deutung der anatomischen Situation.

(Publicirt in dieser Wochenschrift Nr. 10).

Herr von Zoege demonstrirt 3) eine Flasche zur bequemen Desinfection der Hände mit Alkohol.

(Publicirt in dieser Wochenschrift Nr. 14).

II. Herr Dehio bespricht folgenden Fall von anfallsweise auftretender Herzinsufficienz bei einem 60jähr. vielbeschäftigten Landarzt: vor 4—5 Jahren hat Patient an Ischias-ähnlichen Beschwerden gelitten, sich aber sonst stets vollkommen wohl gefühlt und seine anstrengende Praxis ohne Schwierigkeit besorgt. Nur Kaffe hat er seit Jahren nicht vertragen. Er ist ein schwacher Raucher und hat seit seiner Studentenzeit stets mässig gelebt. In den letzten Jahren will er rasch gealtert und ergraut sein. Im Juni vorigen Jahres hat er während angestrengter Tractionen bei einer Zangengeburt plötzlich einen äusserst heftigen Schmerz hinter dem Sternum verspürt und gleich darauf starkes Herzklopfen und Athemnoth bekommen, welche Erscheinungen mit Herzensangst, leichter Unbesinnlichkeit und dem Gefühl des nahen Todes verbunden waren. Erst in einigen Stunden erholte er sich. Nach einigen Tagen fand er, dass sein Herz, welches des Morgens beim Aufstehn 60—65 Schläge vollführte, im Lauf des Tages bei gewöhnlicher leichterer Thätigkeit auffallend häufig (100—120 Mal in der Minute) schlug und zuweilen, wenn auch selten, aussetzte. Im November war ein ähnlicher Anfall: Patient hatte, in seiner ländlichen Wirthschaft beschäftigt, einen hohen Heuschober mit Anstrengung erstiegen, als er plötzlich unter denselben Beschwerden wie im Juni zusammenfiel, wobei ihm die Sinne vollkommen schwanden; nach mehr als einer Stunde kehrte das Bewusstsein wieder, er erholte sich und war in einigen Tagen wieder arbeitsfähig. Seitdem sind öfters bei psychischen Erregungen und etwas grösseren körperlichen Anstrengungen (z. B. bei einer Zahnextraction) leichtere Anfälle von plötzlichem mit Herzklopfen verbundenem schmerzhaftem Druckgefühl in der Herzgegend wiedergekehrt, die aber stets bei ruhiger Lage in etwa einer halben Stunde und weniger wieder schwanden. Durch diese Erfahrungen hat Pat sehr an Selbstvertrauen und Arbeitsfrische verloren. Im Jan. 1892 wurde vom Vortragenden folgender Status praesens festgestellt: Puls etwas frequent, 80—90 Schläge im Sitzen, Pulswelle eher niedrig, leicht zu comprimiren. Sklerose der Radial- und Brachialarterie deutlich. Art. temporales nur wenig geschlängelt. Keine Cyanose, keine Oedeme, Urin klar, hell, frei von Eiweiss. Halsvenen im Liegen etwas stärker gefüllt, praesystolisch schwach pulsirend. Spitzenstoss sehr schwach, bis zur Mamillarlinie reichend; die kleine Herzdämpfung nach rechts bis zur Mitte des Sternums, nach links bis zur Mamillarlinie erweitert, Herztöne rein, aber leise, die ersten Töne über der Aorta und Pulmonalarterie kaum zu hören. Keinerlei Anzeichen eines Aortenaneurysma. Leber nicht vergrössert. Es lag also eine geringe Dilatation des Herzens vor, die offenbar durch eine in den letzten Jahren entstandene Muskelschwäche desselben bedingt war. Diese letztere war aber so gering, dass das Herz den gewöhnlichen Anforderungen des Kreislaufs noch vollkommen genügte. Nur wenn durch psychische Einflüsse oder körperliche Anstrengung der Blutdruck über die Norm anstieg, versagte das Herz und es kam zu den geschilderten Anfällen von acuter Herzinsufficienz unter Umständen, denen ein gesundes und muskelkräftiges Herz noch vollkommen gewachsen gewesen wäre. — Vortragender macht darauf aufmerksam, dass bei übermässiger gewaltsamer Anstrengung (wie Schott gezeigt hat) auch gesunde Herzen insufficient werden und sich plötzlich dilatiren können. Walter und Knoll haben durch künstliche Blutdrucksteigerungen bei Thieren das Insufficientwerden und die successive Dehnung des linken Ventrikels, der Vorhöfe und des rechten Ventrikels experimentell hervorgerufen und direct am blosgelegten Herzen beobachtet.

Nachdem Herr Meyer erwähnt, dass bei älteren Arbeitern, die an angestrengtere Muskelthätigkeit gewöhnt sind, häufig Arteriosklerosis beobachtet werde und dennoch die vom Vortragenden angeführten Erscheinungen selten zur Beobachtung kommen, glaubt

Herr Dehio diese Thatsache darauf zurückführen zu müssen, dass mit der regelmässigen erhöhten allgemeinen Muskelarbeit auch eine dem entsprechende Kräftigung des Herzmuskels — eine Hypertrophie — Hand in Hand gehe und dadurch eine Dilatation mit folgenden Insufficienz-Symptomen für gewöhnlich nicht eintrete.

Prof. emer. Dr. G. von Oettingen wird zum Ehrenmitgliede der med. Gesellschaft erwählt.

z. Z. Secretär: Dr. Robert Koch.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 28. April 1892.

1. Herr Ebermann spricht über Massagebehandlung der Prostatahypertrophie und berichtet über 2 vor Kurzem mit gutem Erfolg behandelte einschlägige Fälle. Die Prostata wird vom Rectum aus in der Richtung von oben nach unten und von rechts nach links gestrichen. Jede Sitzung dauert 5—10 Minuten. Bei Blasenatonie wird auch der Scheitel der Blase durch Reiben über der Symphyse massirt. Die Schmerzen während der Massage sind unbedeutend. Im ersten Fall von gewöhnlicher Prostatahypertrophie sind die durch diese bedingten Harnbeschwerden nach 20 Sitzungen (2 mal wöchentlich eine Sitzung) geschwunden. Im zweiten Fall handelte es sich um einen mit starker Infiltration der Umgebung einhergehenden Abscess der Prostata, der schon in die Urethra durchgebrochen war. Bei der Massage entleerten sich ca. 1½ Esslöffel Eiter durch die Harnröhre. Nach 10—15 Sitzungen hatte sich die Abscesshöhle gefüllt, die Infiltration war geschwunden, geringe Eitersecretion bestand noch fort. Auf die Frage von Herrn Tiling, ob es nicht bedenklich sei bei bestehender Eiterung zu massiren, erwidert Herr Ebermann, dass er nur nach erfolgtem Durchbruch des

Eiters massire; die feste Kapsel und die Anordnung der Lymphgefässe der Prostata schützen vor Eiterresorption.

2. Herr Tiling macht darauf aufmerksam, dass die Massage, die gegenwärtig eine so sehr ausgedehnte Anwendung findet, doch unter Umständen sehr schlimme Folgen haben kann. Das gilt namentlich von der Massage bei frischeren entzündlichen Processen und in Körperregionen, die nicht so leicht und sicher zu beherrschen sind wie etwa die Extremitäten (gynäkologische, innere Massage). Als warnendes Beispiel dient ein Fall, den Herr Kernig und Herr Tiling zusammen beobachtet und behandelt haben. Eine Dame wurde von andrer Seite wegen Beschwerden, die auf die Sexualorgane bezogen wurden, einer localen gynäkologischen und allgemeinen Massagekur unterworfen. Plötzlich traten starker Schmerz in der rechten Seite des Unterleibes und abendliches Fieber auf. Als Kernig die Kranke sah, bestanden die Symptome einer Perityphlitis (wurstförmige Schwellung in der Ileocöcalgegend, starke Schmerzen, hohes Fieber). Am nächsten Tage schon allgemeine peritonitische Erscheinungen (Druckempfindlichkeit über der Symphyse und in der linken Bauchhälfte, Auftreibung des Leibes, Hochstand des Zwerchfells). Zwei hinzugerufene Gynäkologen stellten die Diagnose auf Perimetritis, die vielleicht durch Massage der catarrhalisch afficirten Tuben hervorgerufen sei. 5—6 Tage lang fast ausschliesslich gynäkologische Behandlung. Am 9—10 Krankheitstage constatirten Kernig und Tiling einen tiefen Abscess in der Ileocöcalgegend und zusammen mit den Gynäkologen in Rückbildung begriffene Perimetritis. Am 11. Tage Eröffnung des Abscesses, die dadurch erschwert war, dass das Peritoneum nicht nach oben geschoben war. Es entleerten sich stinkender Eiter und 2 Kothsteine. Die Wände des Abscesses wurden vom Peritoneum gebildet; es handelte sich also um circumscripte abgesackte Peritonitis (Perityphlitis). Die Drainage des Abscesses machte Schwierigkeiten.

Nach einigen Tagen doppelseitige Pneumonie mit linksseitigem pleuritischem Exsudat. Schliesslich traten allgemeine peritonitische Symptome dazu und es erfolgte 2 Wochen nach der Operation der Tod. Eine Section konnte nicht gemacht werden. — Es haben in diesem Fall augenscheinlich Kothsteine und Ulcerationen im Proc. vermiformis bestanden; die Massage hat wohl unzweifelhaft die acute Entzündung, die einen so schlimmen Verlauf nahm, entfacht.

Herr Kernig referirt über einen zweiten Fall aus seiner Praxis, in dem durch Massage möglicherweise geschadet worden ist. Einem 17 jährigen Mädchen mit anämischen Erscheinungen, subfebrilen Temperaturen und Lymphomen am Halse ordinirte K. Arsenik und Massage der Drüsengeschwülste. Nach 12—13 Tagen stellte sich ganz allmälig stärkere Temperatursteigerung ein. Trotz Aussetzens der Massage bleibt seit 2 Wochen die Temperatur hoch. Zwei Wochen später ist die Temperatur herabgegangen.

Herr Tiling hält die Massage der so häufigen Lymphome am Halse für contraindicirt, da schon relativ kleine Drüsen gewöhnlich im Centrum käsig zerfallen sind.

Herr Kernig hat früher einmal grosse nicht scrophulöse Lymphome am Halse mit bestem Erfolg massiren lassen. K. hält auch nicht die scrophulösen, sondern die nicht verkäsenden, acuter entstehenden pseudoleukämischen Drüsentumoren, die vielleicht die Anfänge der Hodgkin'schen Krankheit vorstellen, für geeignet zur Massage. Allerdings erregt der mitgetheilte Fall Bedenken.

Herr Masing hebt die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen diesen beiden Formen von Lymphomen hervor. Die pseudoleukämischen Tumoren schwinden auch ohne locale Therapie. Charakteristisch für sie ist der ausserordentlich schnelle Wechsel in der Grösse der Drüsenpakete.

Herr Kernig findet, dass in praxi die Diagnose fast nie Schwierigkeiten macht, wenn es auch nicht leicht ist, die differentiellen Merkmale genau. zu präcisiren. Die pseudoleukämischen Tumoren finden sich meist bei gut genährten, anämischen jungen Mädchen ohne phthisischen Habitus. Die Drüsentumoren sind unverhältnissmässig gross und massenhaft, finden sich ausser am Halse oft auch in der Achselhöhle. Häufig findet sich Milzschwellung. Fieber ist gar nicht oder in geringem Grade vorhanden, ausnahmsweise höheres Fieber. — Die scrophulösen Drüsen sind weniger gross, weniger massenhaft, oft bestehen Lungensymptome. Der Verlauf ist chronischer. Die Patienten haben einen andern Habitus, das Fettpolster ist weniger entwickelt, meist finden sich chronischer Schnupfen, Pharyngitis, Ekzeme, Otitis.

Herr Assmuth hebt als wichtiges differentielles Merkmal hervor, dass die scrophulösen Drüsen durch Periadenitis mehr oder weniger zu Paketen verbacken sind und chronischer verlaufen, während die pseudoleukämischen Lymphome aus deutlich von einander abgrenzbaren Drüsen bestehen und schneller verlaufen.

Herr Selenkow hat bei scrophulösen Drüsen fast ausnahmslos chronische Erkrankungen im Quellgebiet der zuführenden Lymphbahnen gefunden, meist Veränderungen in der Nase oder im Rachen. Diese Heerde sind auch nach operativer Beseitigung der erkrankten Lymphdrüsen sorgfältig zu behandeln, sonst treten leicht Recidive auf. — Die Lymphdrüsenschwellungen, die so oft nach Ablauf der acuten Exantheme zurückbleiben, werden häufig von Kinderärzten mit Massage behandelt. Obgleich das bedenklich erscheint, sind die Erfolge oft sehr gut.

Herr Hagen-Torn weist darauf hin, dass, obgleich Ausnahmen nicht selten sind, im Allgemeinen die pseudoleukämischen Lymphome im spätern jugendlichen Alter (etwa im 15. bis 25. Lebensjahre), die scrophulösen dagegen früher (etwa vom 8.—15. Jahr) auftreten; die ersteren sind häufig multipel (Hals, Achselhöhlen, Leisten), die letztern sitzen meist nur am Halse.

Herr Kernig hat die Hodgkin'sche Krankheit auch im spätern Lebensalter gesehen; augenblicklich noch behandelt K. im Hospital eine 35 jährige Pat. — Die Therapie kann sehr viel leisten. K. empfiehlt sehr warm den Arsenik innerlich oder, wo derselbe vom Magen-Darm nicht tolerirt wird in subcutaner Anwendung, daneben eventuell Eisen innerlich.

Herr Mobitz weist auf die Häufigkeit hin, mit der die Haut über den scrophulösen Lymphomen in Mitleidenschaft gezogen wird.

Herr Tiling möchte doch auch die pseudoleukämischen Lymphome nicht massiren lassen; das Wesen der Hodgkinschen Krankheit ist ja noch vollständig unbekannt.

Herr Ebermann schliesst sich im Allgemeinen den Ausführungen gegen die Massage bei entzündlichen Processen an. Nur bei chronischer Eiterung nach erfolgtem Durchbruch eines Prostataabscesses ist die Massage ohne Gefahr und von Nutzen.

Die Herren Kernig, Mobitz, Tiling erwähnen noch den Missbrauch, der mit der Massage bei Wanderniere und sogar bei acuter Mastitis getrieben wird.

stellv. Secretär: R. Wanach.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Bei wunden Brustwarzen empfiehlt Van Allen Pinselung mit Hühnereiweiss. Die Pinselungen sollen täglich unmittelbar nach jeder Stillung wiederholt werden. Die Eiweissschicht muss trocken werden, ehe die Pat. sich bedeckt und ist vor dem nächsten Anlegen des Kindes mit etwas Wasser zu befeuchten.

Wiener medic. Presse Nr. 52. 1891).

— Krauss (Buffalo Medical and Surgical Journ. Oct. 1891) empfiehlt bei Enuresis das Fluidextract von Rhus aromatica 4 Mal tägl. 5–10—20 Tr. nach den Mahlzeiten und vor dem Schlafengehen. Bei anämischen Kindern kann es combinirt werden mit Syr. ferr. jodat.

Vermischtes.

— Ordensverleihungen: der St. Wladimir-Orden II. Classe — dem Director des Elisabeth-Kinderhospitals, Ehrenconsultanten der Maximilian-Heilanstalt und Professor honorarius des klinischen Institutes der Grossfürstin Helena Pawlowna, Geheimrath Dr. W. Reitz. Der St. Annen-Ordes II. Classe — dem Director der chirurgischen Abtheilung den klinischen Instituts der Grossfürstin Helena Pawlowna, Staatsrath Prof. Dr. G. Tiling; dem Consultanten und Prof. honorar. des genannten klinischen Instituts, Hofrath Dr. Dm. Ott; dem älteren Ordinator des Elisabeth-Kinderhospitals, Staatsrath Dr. E. Anders; dem Specialarzt der Maximilian-Heilanstalt, Collegien-Rath E. Spiegel. Der St. Stanislaus-Orden II. Classe — dem Specialarzt der Maximilian-Heilanstalt. Staatsrath D. Flittner; dem älteren Ordinator der Gemeinschaft Barmherziger Schwestern zur Kreuzes-Erhöhung und Consultanten der Maximilian-Heilanstalt, Hofrath Dr. Th. Kubli.

— Verstorben: 1) Am 11. Mai in Kasan der dortige Professor der Nervenkrankheiten, Staatsrath Dr. D. P. Skolosubow, im 53. Lebensjahre am Schlage. Der Hingeschiedene hatte seine medicinische Ausbildung in Moskau erhalten, wo er mehrere Jahre an städtischen Hospitälern als Arzt angestellt war. Nach Erlangung der Doctorwürde im J. 1876 habilitirte sich S. als Docent für Nervenkrankheiten in Kasan und wurde ein Jahr darauf zum Professor ernannt, welches Amt er bis zu seinem Tode bekleidete. 2) In Moskau am 10. Mai der Ordinator des dortigen Gefängnisshospitals Peter Petti im Alter von 76 Jahren. Der Verstorbene, welcher seine Studien an der früheren medico-chirurgischen Academie in Moskau absolvirt hatte, ist mehr als 50 Jahre als Arzt thätig gewesen, soll aber, obschon er sich grosser Beliebtheit erfreute und ein recht bescheidenes Leben führte, fast nichts hinterlassen haben. 3) Am 10. Mai in Bjeloomut (Gouv. Rjasan) der Landschaftsarzt Wl. Sacharow, 36 Jahre alt, am Flecktyphus. 4) In Kineschma der Arzt des dortigen Landschafts-

hospitals Alexander Moskwin im 30. Lebensjahre am Flecktyphus. 4) In Wien der bekannte Professor der Psychiatrie an der dortigen Universität, Dr. Theodor Meynert, im 59. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Dresden und hatte seine medicinischen Studien in Wien gemacht, wo er 1861 zum Doctor promovirte. Dem Lehrkörper der Wiener Universität hat M. fast 16 Jahre angehört, anfangs als Privatdocent, dann als ausserordentlicher und seit 1875 als ordentlicher Professor. Seine epochemachenden Arbeiten auf dem Gebiete der Physiologie und Pathologie des Gehirns sind allgemein bekannt.

— Die Bewohner der zu Petersburg gehörigen Vororte Gross- und Klein-Ochta haben dem Polizeiarzt K. W. Emalinowitsch, welcher schon 20 Jahre an diesen Orten als Arzt thätig ist und sich grosser Beliebtheit unter der Bevölkerung dieser Orte erfreut, eine Dankadresse überreicht.

— Das St. Petersburger Stadtamt hat der Stadtduma den Vorschlag gemacht, dem früheren Ordinator des hiesigen Peter-Paul-Hospitals Dr. K. J. Dellevie für 32jährigen Dienst der Stadt eine Pension im Betrage von 140 Rbl. jährlich zu bewilligen. Diese auffallend minime Pension erklärt das Stadtamt dadurch, dass Dr. Dellevie eine Kronspension im Betrage von 400 Rbl. erhalten wird.

(Nachrichten der St. Peterb. Stadtduma. — Wr.).

— Der bekannte Pädiater, Prof. R. Demme in Bern, liegt schwer an der Diphtherie darnieder, welche er sich bei einer Operation an einem diphtheriekranken Kinde zugezogen hat.

— Am 9. August d. J. feiert Dr. Jakob Moleschott, Professor der Physiologie an der Universität in Rom und italienischer Senator, seinen 70. Geburtstag. M. ist ein geborener Niederländer und hat seine Laufbahn als Militärarzt begonnen.

— Der Generalarzt der preussischen Armee, Dr. v. Coler, ist zum ordentlichen Honorarprofessor in der Berliner medicinischen Facultät ernannt worden.

— Die in den letzten Jahren von Prof. Fedor Krause geleitete frühere Prof. Volkmannsche Privatklinik in Halle übernimmt Dr. Rich. Krukenberg, ein Enkel des berühmten Klinikers gleichen Namens.

— An der in nächster Zeit in London und Edinburg erscheinenden neuen Zeitschrift für allgemeine Pathologie und Bakteriologie («The Journal of Pathologie and Bacteriologie»), welche von German Sims und Woodhead unter Mitwirkung der meisten hervorragenden Pathologen Grossbritanniens, der Vereinigten Staaten von Amerika und fast ganz Europa's redigirt wird, werden auch zwei Gelehrte Russlands. Prof. Metschnikow (früher in Odessa) und Prof. Thoma (Dorpat), als Mitarbeiter theilnehmen.

— Prof. Thiersch ist anlässlich seines 70. Geburtstages und seines 25jährigen Jubiläums als Professor der Chirurgie in Leipzig von der hiesigen Pirogowschen chirurgischen Gesellschaft zu ihrem Ehrenmitgliede ernannt worden.— Ausser den von uns bereits früher erwähnten Ehrenbezeugungen, welche Prof. Thiersch zu seinem Jubiläum zu Theil geworden sind, haben wir noch folgende nachzutragen: Von den Prof. Bergmann und Rose (Berlin) wurden Namens der Redactionen und Verlagshandlungen des Archivs für klinische Chirurgie und der deutschen Zeitschrift für Chirurgie Festschriften überreicht; Prof. Tillmanns (Leipzig) widmete dem Jubilar die neue Auflage seines «Lehrbuchs der allgem. und spec. Chirurgie» und von der Leipziger Studentenschaft wurde dem Jubilar zu Ehren ein Fackelzug und ein Festcommers veranstaltet.

— Wie wir seiner Zeit mitgetheilt haben (cf. Nr. 8, S. 81, Jahrg. 1892 dies. Wochenschr.), wurde der Gehülfe des Poltawaschen Medicinalinspectors, Dr. Leo Mandelstamm, von der Charkowschen Gerichtspalate zur Amtsentsetzung verurtheilt, weil er den Provisor Sborowski bei einer gerichtlich-chemischen Untersuchung von Leichentheilen nicht beaufsichtigt und ohne gehörige Prüfung das von Letzterem verfasste Untersuchungsprotokoll unterschrieben hatte. Neuerdings hat nun das Criminal-Cassations-Departement des Senats nach Durchsicht des Processes das Urtheil der Charkowschen Gerichtspalate dahin abgeändert, dass statt der Amtsentsetzung beiden Angeklagten ein «strenger Verweis für Nachlässigkeit im Amte» ertheilt werde.

— Wie gross die Gefahr für die Theilnehmer an den Sanitätsabtheilungen, die in den von Epidemien und Hungersnoth betroffenen Gegenden thätig sind, ist, zeigt nachstehende Thatsache: Von den 27 Personen zweier Sanitätsdetachements, welche vom «Rothen Kreuz» zur Bekämpfung des Flecktyphus in's Kasan'sche Gouvernement geschickt wurden, sind bereits 7 erkrankt, und zwar 3 barmherzige Schwestern, 1 Feldscher (der Student Tscheremuchin), 1 Feldscherin und 2 Oekonominnen. Bei den meisten war der Typhus ein recht schwerer.

(Wolsh. Westn.-Wr.).

— Es ist eine grosse Zahl von namhaften Gelehrten aller Nationen zu dem Zweck zusammengetreten, eine Sammlung zur Errichtung eines Denkmals für den grossen Physiologen Prof. Ernst v. Brücke, der bekanntlich im Beginn dieses Jahres verstarb, einzuleiten. Das Denkmal soll im Arkadenhofe der Wiener Universität, an welcher der Hingeschiedene mehr als 40 Jahre gewirkt hat, aufgestellt werden. — Zusendungen sind bis Ende Juli d. J. an Prof. S. Exner, Wien, IX., Schwarzspanierstrasse 17, zu richten.

— Im Hinblick auf Nachrichten vom Auftauchen einer Choleraepidemie in Mesched (Persien) hat der Minister des Innern in Uebereinstimmung mit der Resolution des Medicinalraths vom 21. Mai d. J. es für nothwendig erachtet, die Ausgabe ausländischer Pässe an die nach Persien sich begebenden Pilger zu sistiren.

— In Paris erscheinen seit dem 1. Januar 1892 nicht weniger als 162 medicinische Zeitschriften, 17 mehr als im vorhergehenden Jahre.

— In den Vereinigten Staaten von Amerika, wo die Annoncen in den Journalen die Haupteinnahmequelle derselben bilden und ebenso wie in England, namentlich aber in Frankreich, den Redacteur häufig zu unwahren Aeusserungen zu Gunsten der Annoncirenden zwingen, erscheint seit Kurzem das erste medicinische Journal «The Philadelphia Polyclinic», welches gar keine Annoncen annimmt.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 24. Mai d. J. 5471 (wie in der Vorwoche), darunter 298 Typhus — (17 mehr), 531 Syphilis — (7 weniger), 43 Scharlach — (4 mehr), 14 Diphtherie — (1 mehr), 98 Masern — (16 mehr) und 16 Pockenkranke (8 weniger als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Das St. Petersburger Kreis-Landschaftsamt fordert diejenigen, welche das Amt eines Sanitätsarztes des St. Petersburger Kreises übernehmen wollen, auf, sich bis zum 1. Juli d. J. in dem Landschaftsamte (Ecke des Sagorodny Prospekt und der Swenigorodskaja Haus Nr. 44/2) zu melden. Gleichzeitig haben die Candidaten ihre wissenschaftlichen Arbeiten, ein Curriculum vitae und ihre Documente einzureichen.

2) Es wird ein freipракticirender Arzt für den Flecken Remigola (Kreis Ponewesh im Gouv. Kowno) gesucht. Der nächste Arzt und die nächste Apotheke sind 25 Werst entfernt. Im Flecken existirt eine Dorfapotheke, welche verpachtet wird. Von dem Flecken erhält der Arzt 15 Rbl. monatlich Quartiergeld. Nähere Auskünfte erhält man unter der Adresse: «М. Шаты, Ковенской губ., въ аптеку Эйдригевича».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 17. Mai bis 23 Mai 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
327	269	596	125	75	117	5	5	14	55	44	48	41	35	23	8	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 9, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 37, Scharlach 4, Diphtherie 10, Croup 1, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 30, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 92, Tuberculose anderer Organe 5, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 42, Marasmus senilis 21, Krankheiten des Verdauungscanals 60, Todtgeborene 27.

☛ Die Bibliothek des Vereins St. Petersburger Aerzte wird im Laufe des Sommers zugänglich sein am Dienstag und Freitag von 4—6 Uhr und am Mittwoch im Laufe des ganzen Tages. ☚

Gicht, Chronische Magen- und Darmkatarrhe, Frauenkrankheiten, Uterinleiden (Exsudate), Scrophulose und als Specialität: Herzkrankheiten.

Bad Homburg: Wirksame Brunnencur bei allen Magen- und Unterleibsleiden (Leber-, Milz-Leiden, Gelbsucht, Gicht, Fettleibigkeit).

Saxlehners Bitterwasser Huniadi Janos. Nach Gutachten ärztlicher Autoritäten zeichnet sich dieses natürliche Purgativ durch folgende Vorzüge aus: Prompte und sichere Wirkung; milder Geschmack; geringe Dosis; auch bei längerem Gebrauche keine Verdauungsstörungen. Indication: Habituelle Stuhlverstopfung; Leberleiden; Gelbsucht etc. Neuerdings auch in der zahnärztlichen Praxis mit Erfolg angewendet.

HINWEIS:

Der Gesammtauflage dieser Nummer liegt ein Prospect der **chemischen Fabrik Knoll & Co.** in **Ludwigshafen a. Rh.** betreffend **«Diuretin-Knoll»** bei, worauf wir unsere Leser besonders aufmerksam machen.

Дозв. ценз. Спб. 30 Мая 1892 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 23 St. Petersburg, 6. (18.) Juni 1892

Ein Fall von conservativem Kaiserschnitt [1].

Von

Max von Strauch

(Moskau).

Zu den grössten Seltenheiten gehören bei uns in Moskau enge Becken, die die Indication zum Kaiserschnitt abgeben. Da mir ein solches vor Kurzem begegnete, erlaube ich mir diesen Fall der Oeffentlichkeit zu übergeben.

Frau Tsch. ist 26 Jahre alt. In ihrer Kindheit hat sie keine schweren Krankheiten durchgemacht, ist aber stets sehr schwächlich gewesen. Zu gehen begann sie erst im 6. Lebensjahre. Die Regel stellte sich im 12. Jahre ein und wiederholte sich stets regelmässig, ohne jegliche Beschwerde.

Im 19. Jahre verheirathete sich Pat. und wurde sofort schwanger. Am Ende der sonst normal verlaufenen Schwangerschaft wurde in der Gebäranstalt des hiesigen Findelhauses, nach 46 stündigem Kreissen, der noch hochstehende Kopf perforirt.

In der zweiten Schwangerschaft machte ich am Ende der 24. Woche die künstliche Frühgeburt. Spontan wurde ein lebendes Kind geboren, das aber nach 7 Wochen an Schwäche starb.

Die dritte Schwangerschaft unterbrach ich am Ende der 36. Woche. Die Naturkräfte reichten schon jetzt nicht mehr aus, selbständig den Kopf durch das enge Becken zu treiben. Nachdem bereits 4½ Stunden die Gebärmutter voll eröffnet war und trotz kräftiger Wehen der Kopf noch immer beweglich über dem Becken stand, sah ich mich genöthigt, die hohe Zange anzulegen. Nach 6 sehr kräftigen Tractionen passirte der Kopf mit einem Ruck den Beckeneingang und nun konnte ich leicht ein etwas asphyktisches Mädchen entwickeln, das bald belebt wurde und bis heute noch lebt. (Diese beiden Fälle habe ich in meiner Arbeit «Ueber künstliche Frühgeburt» im Archiv für Gynäkologie Band XXXI Heft 3 unter Nr. 22 und 26 beschrieben).

Auch nach dieser dritten Geburt entliess ich Frau T. mit der dringenden Mahnung, sich bei erneuter Schwangerschaft ja spätestens in der 30. Woche vorzustellen.

Nachdem die beiden letzten Frühgeburten aber so gut verlaufen waren, folgte die wiederum Schwangere nicht mehr dieser Warnung.

[1]) Nach einem Vortrage, gehalten in der «общество русскихъ врачей въ Москвѣ» am 17. April 1892.

In dieser vierten Schwangerschaft suchte sie mich am 30. Sept 1891 in meiner Privatklinik auf.

Sie gab an, die letzte Regel vom 7.—10. März gehabt zu haben; die erste Kindsbewegung verspürte sie am 24. Juli. Sie bat nur um Hilfe wegen ihrer Dyspnoe.

Status praesens: die Schwangere ist nur 138 Ctm. hoch, Deutliche Spuren überstandener Rhachitis sind am Skelet nachzuweisen. Gesichtsfarbe und sichtbare Schleimhäute blass. Herz und Lungen normal. Vollständiger Hängebauch. Nabel verstrichen. Sehr starke alte Schwangerschaftsnarben. Ueber der Symphyse Hautödem. Die Beine auffallend abgemagert, nicht ödematös.

Maasse des Beckens:

Zwischen den Spinae ant. sup. 25,8.
» den Cristae 27,5.
» den Trochanteren 29.
Conjugat. externa 17.
Conjugat. diagonalis 8,8.
Beckenumfang 82.

Durch die ausserordentlich dünnen Bauchdecken lässt sich die Frucht sehr deutlich in erster Schädellage palpiren. Der Kopf ist gross und fest und steht beweglich über dem Becken; denselben nach P. Müller ins Becken zu pressen, gelingt nicht mehr. Herztöne sehr deutlich in Nabelhöhe etwas nach links hörbar.

Wir hatten somit ein allgemein verengtes, plattes, rhachitisches Becken mit einer Conjugata vera von 6,8 bis höchstens 7 Ctm. vor uns. Die Schwangerschaft war bereits bis ans Ende der 38. Woche gediehen.

Nach den Erfahrungen der 3 früheren Geburten bei derselben Frau konnte ich mit grosser Bestimmtheit sagen, dass eine sofort eingeleitete künstliche Frühgeburt nicht mehr zum Ziele geführt hätte. In der dritten Schwangerschaft gelang es mir in der 36. Woche nur mittelst schwerer Zange den Kopf durchs Becken zu ziehen und jetzt war das Ende der 38. Woche bereits erreicht. Selbst eine prophylaktische Wendung hätte jetzt wohl kaum ein lebendes Kind ergeben.

Ich hatte also nur noch die Wahl zwischen Perforation des lebenden Kindes oder Kaiserschnitt.

Nachdem ich der Schwangeren in gewissenhaftester Weise die Sachlage auseinandergesetzt hatte, ohne ihr die eventuellen Gefahren des Kaiserschnittes zu verheimlichen, schlug sie sofort die Perforation aus und drang auf den Kaiserschnitt. Die erste Geburt, bei der nach 46stündigen Wehen perforirt wurde, bestimmte sie zu diesem Entschluss. Die damals überstandenen Qualen waren ihr noch zu frisch im Gedächtniss.

Ich entliess hiermit die Schwangere mit der stricten Weisung, sich sofort in meine Klinik zu begeben, wenn sich Wehen einstellen sollten oder Fruchtwasser abflösse.

Nach 9 Tagen, am 9. Dec. 1891 um 5½ Uhr Nachmittags traf die Gebärende ein. Auch dieses Mal hatte sie nicht gewissenhaft meine Anordnung erfüllt. Bereits seit 11 Stunden verspürte sie Wehen, die den Muttermund schon auf 2 Querfinger eröffnet hatten. Im Uebrigen war der Befund genau derselbe, wie vor 9 Tagen.

Sofort wurde Alles zum Kaiserschnitt bereitet: die Schamhaare abrasirt, die Geschlechtstheile und der Unterleib in der Sitzwanne mit Seife und Bürste gehörig abgerieben, die Scheide mit 1 : 2000 Sublimat gründlich ausgescheuert und die Blase mit dem Katheter entleert.

Die Wehen wiederholten sich sehr regelmässig alle 3—5 Minuten mit stets zunehmender Stärke. Um 7 Uhr war Alles bereit.

Der Muttermund war bereits auf 2⅓ Querfinger offen und während der Wehe drängte sich die Fruchtblase stark in die Scheide. Herztöne sehr deutlich.

Um 7 Uhr wurde Extractum secal. Wernichi 0,20 unter die Haut des rechten Oberarmes gespritzt.

7 Uhr 10′ begann die Chloroformnarkose.

7 Uhr 15′ eröffnete ich durch einen grossen Schnitt die Bauchhöhle. Der Schnitt begann 10 Ctm. oberhalb des Nabels, durchsetzte denselben und endete 5 Ctm. oberhalb der Symphyse. Die Bauchdecken waren so dünn, dass ich mit dem ersten Schnitt den Peritonealüberzug der Gebärmutter oberhalb des Nabels trennte. Durch Scheerenschläge wurde die Bauchwunde so lange erweitert, bis es gelang die schwangere Gebärmutter mit der linken Seitenkante voraus vor die Bauchdecken zu wälzen. Unterhalb des Nabels, wo die Bauchhaut oedematös war, musste ich wegen starker venöser Blutung 6 Pinces anlegen. Da nach Hervorwälzung des Uterus der Darm nirgends prolabirte, unterliess ich die sofortige Vereinigung des oberen Wundwinkels der Bauchdecken.

Die Venengeflechte an den Seiten des Uterus waren kolossal entwickelt. Um das untere Uterinsegment legte ich eine elastische Ligatur und liess dieselbe vom Assistenten nur halten mit der directen Weisung sie nicht anzuziehen. Schnelle Messerzüge durchtrennten die Kuppe und Vorderfläche der Gebärmutter. Im hohen Strahle schoss plötzlich Fruchtwasser hervor. Mit der Scheere wurde hierauf die Uteruswunde soweit verlängert, bis das Kind, das sich mit der rechten Hinterbacke in der Wunde präsentirte, leicht entwickelt werden konnte. Das Kind schrie sofort. Die Nabelschnur wurde zwischen 2 Pinces abgeklemmt, durchschnitten und das Kind der Hebamme übergeben.

Die Uteruswand, die bei Durchtrennung derselben kaum ½ Ctm. dick war, wies jetzt, nach kräftiger Contraction, etwa das 8 fache an Dicke auf.

Erst jetzt wurde der elastische Schlauch angezogen, weil aus der rechten Schnittwunde des Uterus eine grosse Arterie spritzte. Die Schnürung wurde auch nur soweit bewerkstelligt, bis die Blutung stand. Die Placenta, die an der hinteren Uteruswand sass, und die Eihäute wurden leicht manuell gelöst. Hierauf wurde die Uteruswunde durch 12 tiefe Seidennähte, die die Schleimhaut des Uterus freiliessen, geschlossen. Nach Knüpfung dieser tiefen Nähte lag die Serosa tadellos aneinander.

Als nun der Schlauch langsam gelockert wurde, nahm das übrige Uterusgewebe ein dunkleres Colorit an, während die durch die tiefen Nähte abgeschnürten Theile eine weit hellere Nuance aufwiesen.

Da zwischen den Nähten sich noch kleine Blutungen bemerkbar machten, wurden diese Stellen durch 10 theils halbtiefe, theils oberflächliche Nähte versorgt.

Nachdem sicher jede Blutung gestillt war, wurde der Uterus in die Bauchhöhle versenkt und die Bauchdecken durch 30 tiefe Seidennähte, so exact wie möglich, geschlossen.

Dauer der Operation 1 Stunde.

Das Kind war ausgetragen und wog 3400 Grm. Seine Maasse waren folgende: Länge 48; zwischen den Schultern 12,5; zwischen den Trochanteren 9,5; Kopfumfang 34,8; grosser schräger Durchmesser 14; kleiner schräger Durchmesser 12; grosser querer Durchmesser 9,5; kleiner querer Durchmesser 8,5.

Somit sind alle Maasse des Kindes grösser, als die Durchschnittsmaasse ausgetragener Kinder, nur die Länge steht um 2 Cm. zurück.

Die Operirte erwachte sehr bald aus der Narkose und klagte über starke Nachwehen. Da sich nach 2 Stunden reichlich Blutabgang aus der Scheide zeigte, wurde nochmals Extract. secal. Wernichi 0,20 subcutan applicirt.

10 Stunden nach der Operation erreichte die Temperatur ihr Maximum 38,2, sonst war sie stets normal.

Der Puls überschritt auch nicht die Zahl 100. Der Wochenfluss war ausserordentlich spärlich. Am 16. Tage wurden die letzten Bauchnähte entfernt — die ganze Wunde war per primam verheilt.

Am 20. Tage stand die Operirte auf und verliess am 22. Tage meine Anstalt.

Das Kind, das sie selbst stillte, war prachtvoll gediehen.

Eines Phänomens möchte ich noch gedenken, das, wenigstens meines Wissens, nirgends beschrieben ist.

Die 12 tiefen Uterusnähte liessen sich sehr leicht anlegen, fast ohne Widerstand durchsetzte die Nadel die Uterusmuskulatur. Während ich sämmtliche Nähte anlegte, contrahirte sich der Uterus mehrere Male. Als ich nun die entsprechenden Fadenenden erfasste und durch Hin- und Herziehen an denselben mich von ihrer Zusammengehörigkeit überzeugen wollte, gelang mir dieses nicht. Ich dachte anfänglich, dass ein Knoten im Faden dieses Manöver verhinderte oder dass ich nicht die zusammengehörigen Fäden ergriffen hätte. Sehr bald aber konnte ich mich davon überzeugen, dass dieses Phänomen durch Uteruscontractionen bedingt war. Da bei den Zusammenziehungen sich die einzelnen Muskellamellen des Uterus über und gegeneinander verschieben, ist es erklärlich, dass der durch das Uterusparenchym gelegte Faden gleichsam eingeklemmt wird.

Resumé.

1. Der conservative Kaiserschnitt ist eine leichte Operation, weil er typisch und rein anatomisch ist. Besondere Ueberraschungen, wie z. B. bei der Ovariotomie, kommen bei demselben nicht vor.

2. Falls man warten kann, ist es stets zu empfehlen, bei voller Wehenthätigkeit zu operiren.

3. Um sich eine gute Wehenthätigkeit während und nach der Operation zu sichern, ist es nöthig eine Viertelstunde vor Beginn der Operation eine grosse Dosis Ergotin subcutan zu injiciren.

4. Falls nach Herauswälzen des schwangeren Uterus hinter demselben keine Darmschlingen prolabiren, ist ein provisorischer Schluss des oberen Wundwinkels der Bauchdecken unnütz.

5. Es ist entschieden ein Kunstfehler, den Uterus vor seiner Eröffnung durch die elastische Ligatur fest zu constringiren. Gerade durch die abgeschnittene Blutzufuhr stört man denselben in seinen regelmässigen Contractionen, die für die Blutstillung so unbedingt nöthig sind. Nur wenn es nach Entfernung des Uterusinhaltes wirklich stark blutet, ist die Ligatur anzuziehen und auch dann nur so stark, dass eben die Blutung beherrscht wird.

6. Es ist sehr rathsam während der Operation recht häufig die äusseren Geschlechtstheile inspiciren zu lassen. Durch dieselben kann sonst leicht unbemerkt mehr Blut abgehen, als der Operirten zuträglich ist.

7. Es ist gleichgiltig, welche Modification der Uterusnaht man anwendet; es muss nur eben die ganze Uterusschnittwunde und das Peritoneum aneinanderliegen und auch die kleinste Blutung stehen.

8. Wenn man bei stehender Blase und nicht zersetztem Uterusinhalt operirt, ist ein Auswischen des Uterus mit antiseptischen Tupfern zum wenigsten unnütz. Ebenso ist ein energisches mechanisches Abreiben der Uterushöhle nicht zu empfehlen.

9. Der Wochenfluss nach conservativem Kaiserschnitt ist sehr spärlich, weil eben nur das Uteruscavum ihn liefert, während nach der Geburt per vias naturales sich an der Bildung der Lochien noch die lacerirte Cervix und die Vagina betheiligen.

Referate.

R. du Bois-Reymond: «Thierversuche mit den Rückständen von der Rectification des Chloroforms durch Kälte». (Therap. Monatshefte 1892, Heft 1).

W. Tipjakow: «Zur Frage des Chloroforms und der Chloroformnarkose». (Wratsch 1892, Nr. 18).

Prof. Pictet aus Genf (z. Z. Inhaber eines Laboratoriums in Berlin), der bekannte Physiker und Chemiker, dem es gelungen ist, die gasförmigen Elemente Sauerstoff und Wasserstoff in den flüssigen Zustand zu bringen, hat neulich auf Veran-

lassung des Prof. Liebreich den Versuch gemacht, das Chloroform durch Ausfrieren zu rectificiren. Das so gewonnene Präparat, als «Chloroformium medicinale Pictet» in den Handel gebracht, zeichnet sich durch seine vollkommene Reinheit und bedeutende Haltbarkeit aus. Das Princip des Pictet'schen Verfahrens ist folgendes: Die durch Verdunstung einer ausserordentlich flüchtigen Flüssigkeit erzeugte Kälte wird zur Condensirung noch flüchtigerer Substanzen benutzt, deren Verdunstung ihrerseits noch höhere Kältegrade hervorbringt. Die Verdunstung findet in durch Dampfpumpen erzeugtem Vacuum statt und dienen dieselben Pumpen wiederum als Compressoren zur Verdichtung des im Condensator sich ansammelnden Gases. Das Mittel der ersten Stufe, ein Gemenge von schwefliger Säure mit 2 pCt. Kohlensäure, liefert, bei 2 Athmosphären Druck verflüssigt und dann im Vacuum verdampfend, eine Temperatur von -83°. Wird nun bei -83° das Mittel der zweiten Stufe, Stickoxydul, bei 10—12 Athmosph. Druck zu einer Flüssigkeit verdichtet und diese letztere verdunstet, so kommt eine Temp. von -135° zu Stande. Der dritte Stoff ist atmosphär. Luft, die, verflüssigt und sodann verdunstet, -213° erzeugt.

Wird nun das Chloroform in der genannten Weise wiederholt durch Kälte rectificirt, so bleibt, selbst wenn die besten gangbaren Sorten als Rohmaterial verwendet werden, ein unbrauchbarer Rest zurück, der ca. 3 pCt. des verbrauchten Chloroforms ausmacht. Wird der Rückstand durch Destillation concentrirt, so resultirt eine gelbliche Flüssigkeit, die nicht mehr nach Chloroform sondern eigenthümlich aromatisch riecht. Dieser Rückstand sowie das rectificirte reine Präparat ist von Dr. du Bois-Reymond (Assistent des Prof. Pictet) im Liebreich'schen Laboratorium einer vergleichenden Untersuchung unterworfen worden. Die Resultate der sehr eingehenden Thierexperimente sind folgendermaassen zusammengefasst: 1) An der Gestalt der Pulswelle und Frequenz der Athmung ist kein Unterschied zwischen der Wirkung des Rückstandes und der des Chlorof. medic. zu bemerken. 2) Die Pulsfrequenz ist im Augenblicke des Athmungsstillstandes bei Rückstandseinathmung grösser, als bei der des Chlorof. medic. 3) Der Blutdruck ist in der grossen Mehrzahl der Fälle im Augenblick des Athmungsstillstandes höher, wenn Chlorof. medic., als wenn Rückstand inhalirt ist. 4) Die Zeit, innerhalb deren die Einathmung zum Stillstand der Athmung führt, ist bei Anwendung des Rückstandes bedeutend kürzer, als beim Chlorof. medic. und zwar verhalten sich die Zeiten durchschnittlich wie 7:11. Die aufgeführten Ergebnisse der Untersuchung beweisen mit Bestimmtheit, dass in den unreinen Beimengungen des käuflichen Chloroforms Stoffe enthalten sind, welche die Athmung stärker und ungünstiger beeinflussen, als das krystallinische Chlorof. medic. Pictet.

Vergleichende Versuche beim Menschen sind von Priv. Doc. Tipjakow im Ssaratow'schen Stadtkrankenhause angestellt worden. In Anwendung gezogen wurden 4 Sorten: 1) Chlorof. puriss. Merck, durch Destillation mit Kali hypermangan, gereinigt (Preis 1 Rbl. 80 Cop. pro 1 Pf. russ. =400 Grm.); 2) Chlorof. puriss. gezeichnet mit der Marke EH (2 Rbl. 25 Cop. pro 1 Pf.); 3) Chlorof. e chloralo hydr. Schering (4 Rbl. pro 1 Pf.) und 4) Chlorof. crystallis. Pictet (5 Rbl. pro 1 Pf.). Durchschnittsquantum des für die Narkose verbrauchten Mittels: bei den ersten 3 Sorten 180,0, bei dem Pictet'schen Präparat — 150,0. Alle Narkosen (420 Fälle, darunter 20 mit dem Pictet'schen Chlorof.) wurden in demselben Local und unter gleichen Bedingungen vorgenommen. Das Schering'sche Chlorof. giebt eine schwere andauernde Narkose mit Erbrechen; Kopfweh und Erbrechen nach dem Erwachen. Durch Morphium wird der Verlauf der Narkose nicht gelindert. Etwas besser ist das Merck'sche Präparat; das Chlorof. EH giebt eine bei Weitem leichtere, tiefere und ruhigere Narkose. Das Pictet'sche giebt, gleichgültig ob mit oder ohne vorhergehende Morphiumeinspritzung, einen ruhigen und gleichmässigen, wenn auch langsam eintretenden Chloroformschlaf, ohne Excitationsstadium und ohne nachträgliches Kopfweh. Unter den 3 mitgetheilten Fällen von Asphyxie, welche übrigens einen guten Ausgang nahmen, findet sich kein einziger mit dem Pictet'schen Präparat narkotisirter. Als beste und namentlich für schwierige Operationen mit langdauernder Narkose geeignete Sorte wird demnach das Pictet'sche Chlorof. empfohlen, nächst diesem das mit der Marke EH gezeichnete Handelspräparat.

Bei schwächlichen Individuen und Herzkranken lässt T. während der Narkose intercurrent O inhaliren und hat er in dieser Weise selbst bei Kranken mit Insufficienz des Herzens gute Narkosen erzielt. Alex. Natanson.

Neurologische Mittheilungen. The Johns Hopkins Hospital reports Vol. II. Nr. VI.

Das Hopkin's Hospital zu Baltimore hat ein neues Heft seiner Mittheilungen erscheinen lassen, ausschliesslich neurologischen Inhaltes «Reports in Neurology I.» Als erster berichtet H. Berkley über einen Fall von Chorea und Psychose nebst einem Beitrage über die Entstehung der Chorea durch Infection. Frl. A. 27 a. n. erkrankte am 17. December 1889 an heftigen Zuckungen der verschiedensten Muskelgruppen. Vor 11 Jahren rheumatische Erkrankung mit Schwellung des Schulter- und Ellenbogengelenkes. Vor 4 Jahren zweiter rheumatischer Anfall mit heftigen Delirien, choreatischen Bewegungen und Ausgang in Genesung. Ein Bruder litt als Knabe von zehn Jahren an Chorea. Schlaflosigkeit, Sprachstörung, choreatische Bewegungen, Incontinentia urinae et alvi, rasch zunehmende motorische Unruhe und Verwirrtheit, Fieber, Schwellung in der Gegend des rechten Kieferwinkels, Rasselgeräusche, Stupor und Exitus letalis am 3. Januar 1890. Der sehr ausführlich mitgetheilte pathologisch anatomische Befund ergab acute Endocarditis, Parotisabscess, katarrhalische Pneumonie beider Lungen, fettige Degeneration der Nierenepithelien und des Herzmuskels, endarteritische Processe an den Arterien und Venen des Gehirnes, Infiltration der Pia mit Rundzellen, Ansammlungen von Hyalinklumpen in den Perivascularräumen. Dieselben Veränderungen an den Hirngefässen und in den Leptomeningen zeigte ein Hühnerhund, der an choreatischen Zuckungen erkrankt war. Die Choreakörperchen von Flechsig und Wollenberg sind wahrscheinlich als Kunstproducte anzusehen. B. sieht in den angegebenen Veränderungen die Wirkung eines specifischen Bacillus oder der Ausscheidungsstoffe desselben; die Chorea sei eine Allgemeinerkrankung, die mit besonderer Intensität Gefässe und Leptomeningen befalle. Ohne Zweifel ist dieser Schluss für eine bestimmte Gruppe von Choreafällen zutreffend, ob es aber gerechtfertigt ist, die Lehre von der Chorea so zu verallgemeinern, erscheint fraglich. Sicherlich verdanken eine Reihe von Choreafällen keiner infectiösen Ursache ihre Entstehung, ganz abgesehen davon, dass choreatische Bewegungen die verschiedensten Krankheiten compliciren ohne eine echte Chorea darzustellen.

Charles Simon bringt 3 Fälle von acutem angioneurotischem Oedem, die sich in ihrer Symptomatologie eng an die bekannte Casuistik anlehnen. Von Interesse ist ein 4. Fall, in dem sich Nephritis mit acutem angion. Oedem combinirte und die Diagnose erschwerte. In solchen Fällen entscheidet nicht der Eiweissgehalt, sondern das Auftreten von Cylindern. Das acute angioneurotische Oedem ist in jüngster Zeit mehrfach Gegenstand der Bearbeitung gewesen und es wird hier noch die Aufmerksamkeit auf H. Bauke: zur Aetiologie d. acut. ang. Hautoedems (Berliner klinisch. Wochenschrift Nr. 6. 1892), hingelenkt, der die Casuistik vermehrt und die neueste Literatur berücksichtigt.

Aug. Hoch bespricht an der Hand zweier Fälle die «Haematomyelia» und versucht diese Diagnose durch Symptome und Verlauf der Krankheit intra vitam zu begründen.

1. Fall. Pat. wurde von einem c. 8 Fuss hoch herabfallenden Brett zwischen den Schultern getroffen. Am nächsten Tage Schmerzen, die bald schwanden. Nach 3 Wochen traten plötzlich Schmerzen zwischen den Schultern auf, die bis in die Arme hinein ausstrahlten und die von einer kurz andauernden Contractur der Arme begleitet waren. In etwa 10 Minuten motorische und sensorische Lähmung aller Muskeln mit Ausnahme der höher gelegenen Armmuskeln. Harnverhaltung. Am nächsten Tage Besserung des linken Beines. Rasch fortschreitende Besserung des rechten Beines und des linken Armes. Nach 3 Wochen fand man nur noch einige Muskeln des rechten Vorderarms gelähmt. Nach einem Monate waren die sensorischen Veränderungen geschwunden, aber es bestanden Lähmung und Atrophie gewisser Muskeln des rechten Armes. -- Sitz der Erkrankung zwischen dem VI., VII. und VIII. Cervicalnerven und dem I. Dorsalnerven. — Der 2. Fall verlief unter dem Bilde der Syringomyelie mit den Symptomen der Brown-Sequard'schen Halbseitenlaesion. Ein Eisenbahnarbeiter stürzte von einem Zuge, ohne dass sein Rückgrat irgend eine Verletzung aufwies. Nach etwa 6 Tagen Schmerzen in den rechten Extremitäten und nach weiteren 6 Stunden völlige Lähmung des rechten Armes und Beines. Nach 3 Monaten Schwäche des M. triceps, pectoralis, der Flexoren und Extensoren und der kleinen Handmuskeln und Abnahme ihrer elektrischen Erregbarkeit. Geringe Atrophie und Steifheit des rechten Beines. Verlust der Temperatur- und Schmerzempfindung auf der ganzen nicht gelähmten Seite.

Den Beschluss des Heftes bildet Henry Thomas mit einer genauen anatomischen Beschreibung eines Falles cerebro-spinaler Syphilis. Ein 33jähriger Mann erkrankt im Januar an einer Lähmung des rechten VI. Hirnnerven und an starken Kopfschmerzen. Trotzdem er Lues in Abrede stellt, schwanden unter Jka die Erscheinungen sehr schnell. Im Mai desselben Jahres Kopfschmerzen und Lähmung des linken IV. Hirnnerven. Im November Lähmung des 3. und 4. Hirnnerven. Schwäche der Muskeln der rechten Körperhälfte und geringe Sensibilitätsstörungen, Coma und Tod. Orchitis syphilitica, Endarteritis syphilitica der Hirnarterien, Gummata des 3. und 4. linken, des 6., 9. und 12. rechten Hirnnerven, Gumma der vorderen Wurzel des 4. Cervicalnerven. Meningitis spinalis. Poliomyelitis der Lumbaranschwellung des Rückenmarkes. Hyaline Degeneration in den Wandungen der kleinsten Gefässe. — Eine Reihe von Abbildungen illustrirt den Sitz

der Gummigeschwülste, die Arterienveränderungen und den Schwund der grauen Substanz in dem lumbalen Theile des Rückenmarkes. Behr (Riga).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

F. W. Warfvinge: Jahresbericht über das Krankenhaus Sabbatsberg für 1890. (Stockholm 1891).

Der vorliegende 12. Jahresbericht enthält zunächst den üblichen Zifferbericht, sodann:

1) Warfvinge: Ueber das neue Operationsgebäude des Krankenhauses Sabbatsberg.
2) Svensson: Ein Fall von Myositis ossificans progressiva multiplex.
3) Bexelius: Zwei im Krankenhause Sabbatsberg beobachtete Fälle von Albuminuria cyclica.
4) Svensson: Bruchoperationen, ausgeführt im Krankenhause Sabbatsberg 1881—1890.
5) Warfvinge: Resultat der Tuberkulinbehandlung im Sabbatsberger Krankenhause.

Die Aufsätze sind mit Auszügen in deutscher Sprache versehen. Auf den Inhalt kommen wir wohl gelegentlich zurück. Buch (Willmanstrand).

Auszug aus den Protokollen der Medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 5. Februar 1892.

Herr W. von Zoege-Manteuffel hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Behandlung der acuten Gonorrhoe.

Autorreferat. «M.H.! Nicht um wesentlich Neues zu bringen, sondern um eine viel ventilirte Frage auch hier ein Mal zur Sprache zu bringen, erlaube ich mir, Ihnen meinen Standpunct gegenüber der Behandlung der acuten Gonorrhoe darzulegen. Ruft doch die Frage der Therapie der acuten Gonorrhoe des Mannes bei dem wechselnden individuellen Verhalten des Kranken, bei dem Wechsel der Ex- und Intensität der Infection immer wieder wechselnde Anschauungen hervor. Schon seit langer Zeit stehen sich zwei Parteien gegenüber, die sich arg befehden: die eine will die Behandlung mehr exspectativ haben die andere sofort topisch. Wenn auch nun die letztere allmälig sehr an Boden verloren hat, so kommen doch immer wieder, namentlich neuerdings, Empfehlungen einer topischen Behandlung im acuten Stadium der Gonorrhoe, so z. B. von Grünfeld und Anderen. Ja, einzelne Autoren empfehlen sogar nach eingetretener Complication diese locale Behandlung fortzusetzen. Wenn nun auch diese Empfehlungen im Ganzen wenig Beifall finden werden, so sollen «milde Injectionen» doch die Acuität des Processes beseitigen. Im Gegensatz dazu muss ich betonen, dass z. B. Finger (Blenorrhoe der Sexualorgane), dann aber auch Zeissl und Güterbock, ersterer allerdings weniger energisch als Finger, — die topische Behandlung bis zum Schwinden der acutesten Erscheinungen, so bis zur 4.—5., ja 6. Woche hinausgeschoben wissen will, — eine Anschauung, der ich mich voll und ganz anschliessen muss. Ich habe nun, im Allgemeinen diesen Grundsätzen folgend, hier und da mir erlaubt, davon abzuweichen, indem ich sofortige topische Behandlung anwandte. Um mir Klarheit über die Resultate der Therapie zu verschaffen, habe ich dann alle Fälle von Gonorrhoe, über deren ersten Anfang ich entweder Nachricht erhalten konnte oder den ich selbst zu beobachten Gelegenheit hatte, gesammelt. Da ich in früheren Jahren diesbezügliche Bemerkungen nicht eingetragen, konnte ich nur die Kranken des letzten Jahres (1891) aus meinem Journal zusammenstellen. Dabei ergab sich folgendes überraschende Bild: von 75 Fällen waren 32 sofort topisch behandelt, 7 verliefen davon ohne Complication, 25 waren complicirt durch Epididymitis, durch Urethritis postica 7, Blasenreizung 13, profuse chronische Eiterung 2, Prostatitis 1, vereiterte Lymphdrüsen 2. Von den im acuten Stadium nicht topisch behandelten 24 verliefen 21 ohne Complicationen, 3 bekamen Epididymitis. 4 Fälle sind garnicht primär behandelt worden, 2 verliefen davon ohne weitere Störung, in einem hatte sich Epididymitis, in einem Urethritis postica hinzugesellt. In 15 Fällen ist die sofortige topische Behandlung unklar vermerkt. Es handelt sich hier um Individuen, die sich augenscheinlich vernachlässigt und undiätetisch gehalten haben. 3 sind trotzdem ohne Complicationen, 7 mit Epididymitis, 5 mit Urethritis postica verlaufen. Wenn diese Zusammenstellung auch nur kleine Zahlen bringt, auch manche Fehler mit untergelaufen sein mögen, wie das bei einer Statistik aus einem Ambulanzjournal wohl leicht geschieht, so sind die Zahlen doch so auffallend gruppirt, dass von einem Zufall da wohl kaum die Rede sein kann. Die Zahlen der ersten Rubrik sind vielfach, aber nicht ausschliesslich durch Anamnese gewonnen, die Kranken kamen jedoch nicht der Complication wegen zu mir, sondern fast durchweg einer chronischen Gonorrhoe wegen, so dass der Einwand, dass sie vielleicht der Complication wegen sich in Behandlung begeben und dadurch diese Rubrik belastet hätten, hinfällig ist. Es sind aber auch nicht besonders leichtsinnige Leute, die sich etwa schlecht gehalten. Die habe ich unter die letzte Rubrik zusammengezählt. Ueber die Art der Behandlung kann ich leider keine Auskunft ertheilen, jedenfalls haben sie alle gespritzt; was sie injicirt und auf wessen Verordnung, ob unter ärztlicher Leitung oder nicht, vermag ich nicht anzugeben. Es erscheint mir das auch aus dem Grunde ziemlich gleichgültig, weil die eigentliche Behandlung doch stets in den Händen des Kranken selbst liegt. Bemerken muss ich ferner noch, dass es sich in allen Fällen um erste Gonorrhoe handelte. Wenn schon, m. H., diese Zahlen nicht beweisend genug erscheinen, so muss ich daran erinnern, dass dieselben mit den aus anatomischen Untersuchungen gewonnenen Daten durchaus übereinstimmen. Wo sitzt denn das Virus im acuten Stadium? Nach Untersuchungen von Bockardt gehen die Coccen bis in die Submucosa, ja noch tiefer in das Gewebe des Penis hinein. Da kommen wir mit einer Einspritzung nicht heran. Können wir doch nicht einmal in alle Taschen und Falten der Harnröhre, da die Schleimhaut ödematös geschwollen ist, eindringen. Wir spülen mit der Injectionsflüssigkeit besten Falls das ab, was sonst der Harnstrahl entfernt. Forcirte Injectionen werden vielleicht die Harnröhre dehnen. Sie werden aber auch, wie Zeissl das hervorhebt, kleine Einrisse setzen und damit dem Eindringen des Virus in die Tiefe Vorschub leisten.

Wir werden daher die topische Behandlung der acuten Gonorrhoe so lange aussetzen müssen, als das acute Stadium dauert, resp. so lange als noch erhebliche continuirliche Secretion, Schmerz beim Uriniren, Wulstung und Röthung der Harnröhrenmündung bestehen. Erst wenn diese Erscheinungen zurückgegangen und nicht viel mehr als ein reichlicher Morgentropfen nachgeblieben ist, können wir zur Behandlung der Schleimhaut mit Injectionen oder Antrophoren übergehen. Man wird vielleicht dagegen einwenden, dass die Kranken so direct dem chronischen Stadium in die Arme geführt werden. Nun m. H., dem entgehen sie meiner Meinung nach auch sonst nicht. Sie werden im besten Fall bei abnehmender Secretion im Glauben gewiegt, zu genesen. Mit einem diaetetischen Fehler, oft aber auch ohne diesen ist der Bon-jour-Tropfen da, den der Kranke allerdings oft übersieht. Das ist es, was die Injection im besten Fall leistet. Wie oft tritt dieser beste Fall nun ein? Meiner Erfahrung nach so selten, dass wir kein Recht besitzen, auf wenige günstige Fälle uns stützend das Geschlechtsleben unsrer Patienten in die dringendste Gefahr zu bringen, vielleicht zu vernichten.

Discussion:

Herr Kengsep spricht sich dahin aus, dass er bei acuter Gonorrhoe stets gleich mit Injectionen zu behandeln angefangen habe und zwar je früher mit desto besserem Erfolge. Seine Behandlung geht von der Betrachtung aus, dass das Virus so früh wie möglich abgetödtet oder in der weitern Entwicklung gehemmt werden müsse. Für den ersten Fall — frühzeitige Abtödtung — sprechen die öfter mitgetheilten Fälle von Abortivcuren, welche so zu erklären wären, dass die Gonococcen schon im Orificium urethrae, der primären Infectionsstelle, abgetödtet worden sind. Falls die Injectionen oder die Instillationen länger wie zwei bis drei Tage nach den ersten Infectionserscheinungen vorgenommen werden, so ist doch wenigstens noch für die Entwicklungshemmung der Gonococcen Aussicht vorhanden. Durch die Exspectativbehandlung dagegen ist dem Virus die Möglichkeit gegeben, ungestört in die Schleimhautfalten resp. die krankhaften Morgagni'schen Lacunen einzudringen, von hier aus aber durch die Gewebsinterstitien sich in die tiefen Schichten zu begeben und gelegentlich Complicationen (Gonitiden) zu veranlassen. Complicationen hat er bei etwa 25 Fällen nur zwei zu verzeichnen gehabt, eine Epididymitis — neben Injectionen wurde hier auch Ol. Santali innerlich gegeben — und ein Bubo. Dem Beruf der betreffenden Patienten sind unzweifelhaft die Complicationen zuzuschreiben. Bevorzugt wurden bei der Therapie verschiedene Concentrationen von Zinc. sozojodolic. und die Ricord'sche Emulsion. Pyridin hat sich nicht bewährt. Von der Behandlung mit Balsamicis, welche auch in neuern Handbüchern und Zeitschriften empfohlen werden, hat er schon längere Zeit Abstand genommen, weil nirgends eine plausible Erklärung für die Art und Weise der Wirkung angegeben ist.

Herr von Zoege: Ob man die Vitalität der Gonococcen durch Antiseptica in der gebräuchlichen Concentration beeinflussen könne, sei doch fraglich, jedenfalls könne man mit Antisepticis eine Infection nicht aseptisch machen. Was die Abortivcuren anlangt, so sei er auf dieselben nicht näher eingegangen, weil die Kranken meist so spät zum Arzt kommen, dass das Secret schon eitrig und damit der Versuch einer Abortivcur verboten ist. Abortive Versuche seien nur statthaft gleich nach dem inficirenden Coitus, in welchem Fall sie wohl mehr der Prophylaxe zuzuzählen sind, oder allenfalls noch im mucösen Stadium. Bockardt fand schon am 4. Tage

post infectionem die Coccen in der Submucosa. Das gelte natürlich in vollem Umfange nur für erste Tripper.

Herr Meyer ist überrascht über die statistischen Resultate, kann sie nicht mit seinen Erfahrungen in Uebereinstimmung bringen Die Wirkung des Salols, wie der Balsamica scheint noch nicht erwiesen, wie ausser den Erfahrungen der Privatpraxis auch die Veröffentlichungen aus den Hospitälern zu belegen scheinen. Die Faltenbildung bei der acuten Gonorrhoe ist nach M. nicht Hinderniss für die Wirkung auf die ganze Schleimhautoberfläche. Er lässt den Patienten 2 Wochen lang liegen und dann Injectionen machen. Die abortive Therapie könne nur im allerersten Stadium mit sehr energisch wirkenden Mitteln versucht werden und in der That eventuell von grossem Nutzen sein.

Herr von Zoege hat keine Erfahrung mit Zinc. sozojodolicum. Kali hypermangan. (Finger) wirkt entschieden schmerzmildernd, das Ricord'sche Mittel ist ein starkes Adstringens, daher mehr bei chronischen Fällen zu empfehlen. Wenn die beiden Herren Collegen sich keine therapeutische Wirkung von den Balsamicis versprechen, so sei er allerdings nicht in der Lage, die Wirkungsweise derselben genauer anzugeben. Jedenfalls bedingen sie Diurese und lassen sich im Harn schon durch den Geruch nachweisen. Ausserdem besitzt der Copaivabalsam doch gewissermaassen ein historisches Recht als Trippermittel da er ja schon von Hippokrates empfohlen sei. Wenn College Meyer meint, dass die Falten der Schleimhaut sich sehr wohl ohne Läsion durch die Infectionsflüssigkeit glatt streichen liessen, so müsse er auf das endoskopische Bild hinweisen. Im acuten Stadium sei die Schleimhaut so geschwollen, dass sich meist nur ein rundlicher Wulst, eine Falte in den Tubus einstelle. Auch den vom Collegen Meyer fixirten Termin zum Beginn für die Injection könne er nicht als allgemein gültig bezeichnen. 14 Tage sei meist zu wenig. Wichtig ist, dass die entzündlichen Erscheinungen, Priapismus, Chorda etc. bereits geschwunden sind.

Herr Hartge hat die Erfahrung gemacht, dass die acutpurulenten Formen ohne topische Behandlung bei Ruhe und Diät in der Regel in 6—8—12 Wochen gut verliefen und möchte der exspectativen Behandlung der purulenten Formen gleichfalls das Wort reden. Anders mit den sogenannten subacuten Formen, welche am häufigsten Complicationen (Urethritis postica) hervorriefen. Die subacuten Tripper treten oft erst nach 8—14—20 Tagen post coitum auf und nehmen sofort einen chronischen Verlauf.

Herr von Zoege: Bei den subacuten Formen kann man schon früher eingreifen, obgleich man auch hier vorsichtig sein muss; eine sichere Anamnese ist hier oft schwierig, es wurde der Coitus, da trotz der bestehenden Infection keine Beschwerden vorhanden sind, dazwischen wieder ausgeübt, die Grenze zwischen dieser subacuten und chronischen Form sei sehr schwierig.

Herr Meyer gründet sein Urtheil über die Balsamica auf eine Mittheilung eines österreichischen Militairarztes, dessen Resultate keinen wesentlichen Unterschied bei exspectativem Verfahren und bei Darreichung der Balsamica nachweisen konnten. Beim zweiten Tripper wolle er hinsichtlich der Gefahr einer Strictur keine Abortivcur.

Herr Otto möchte sich die Frage erlauben über die Erfahrung der Collegen hinsichtlich der durchschnittlichen Dauer einer ersten gonorrhoischen Infection? Er sei der Ueberzeugung, dass es extreme Fälle giebt, wo die relative Heilung schon nach 2—3 Wochen eintreten könne. Wie stelle sich nun die Zeitdauer in Fällen, wo weder topische noch interne Behandlung angewandt wurde, wo indess alle nothwendigen Cautelen: Ruhe, Bettlage, Enthaltung schädigender Nahrungs- und Genussmittel u. s. w. zur Anwendung kamen? Ein Vergleich in dem einen und anderen Falle bei selbstredend günstigen constitutionellen Verhältnissen dürfte am besten die Frage entscheiden, ob Behandlung oder exspectatives Verhalten bei einer ersten gonorrhoischen Infection vorzuziehen sei.

Herr von Gernet hat den gonorrhoischen Process nach 2—3 Wochen ablaufen gesehn bei Bettruhe, Sitzbädern und internem Copaiva-Gebrauch.

Herr von Zoege giebt die Dauer der Gonorrhoe ohne topische Behandlung auf 6—8—10 Wochen an; die Patienten reagiren verschieden; es sei dabei auch die Quantität des aufgenommenen Virus maassgebend; Bockhardt hat einem Irren eine Pravaz'sche Spritze voll Reinculturen injicirt; nach 4 Tagen trat der Tod ein (Urethritis, Periurethritis, Cystitis, Nephritis).

Sitzung am 19. Februar 1892.

I. Herr Gerlach hält seinen Vortrag: 2 Fälle von Diabetes mellitus mit Jambulbehandlung. Mit der angeblich günstigen Wirkung des Syzygium jambolanum bei Diabetes mellitus stehen zwei in der Universitäts Abtheilung des Dorpater Bezirkshospitals beobachtete leichtere Fälle im Widerspruch. Die Zuckerbestimmung wurde sowohl nach Fehling als auch mit dem neuen Fiebig'schen Saccharometer ausgeführt. Als Ergebniss der in Curven dargestellten Zuckerbestimmung ergab sich, dass das Jambul weder im Stande war, bei mässiger Lebensweise der Zuckerausscheidung zu steuern, noch auch die Folgen einer Unmässigkeit seitens des einen Patienten zu paralysiren. Vortragender empfiehlt hinsichtlich des in Rede stehenden Mittels eine gewisse Skepsis, wenngleich der Misserfolg der Jambulbehandlung in seinen Fällen auch auf einer Verschiedenheit der Diabetesformen beruhen könnte, wie es sich bei Berücksichtigung der Arbeiten von Minkowski und von v. Mering ergiebt, welche experimentell einerseits durch Pankreasexstirpation eine «pankreatische», andrerseits durch Phlorrhizin eine «nephrogene» Form der Zuckerharnruhr entstehen sahen.

II. Herr Dehio referirt einen Fall von Apoplexia sanguinea cerebri bei einem Mann von 57 Jahren. Es fand sich eine plötzlich entstandene linksseitige motorische und sensible Hemiplegie mit gleichzeitiger homonymer lateraler Hemianopsie, durch welche die linke Hälfte des Gesichtsfeldes beider Augen verloren gegangen war. Während nun die motorischen Störungen und die Hemianaesthesie sich allmälig besserten, blieb die Hemianopsie unverändert, woraus geschlossen werden musste, dass der apoplektische Blutherd im Hinterhauptslappen der rechten Hirnhemisphäre gelegen sei. Die motorischen und sensiblen Störungen mussten also als indirecte Herdsymptome aufgefasst werden, bewirkt durch den Druck des Herdes auf seine Umgebung. Die Section bestätigte diese Annahme. Der Fall wird durch Herrn P. Brasche in dieser Wochenschrift in extenso veröffentlicht werden. (St. Peterb. med. Woch. Nr. 12).

III. Herr Dehio berichtet über einen von ihm beobachteten Fall von schwerer perniciöser Bothriocephalus-Anaemie. In den Faeces des 36 jährigen äusserst anaemischen schwachen Mannes fanden sich massenhaft Bothriocephaluseier. Die Krankheit endete letal, aber bei der Section fand sich, wie das schon öfter beobachtet worden ist, kein Bothriocephalus, wohl aber waren auch in dem der Leiche entnommenen Darminhalt massenhaft die Eier dieses Parasiten vorhanden. Am drittletzten und vorletzten Lebenstage des Kranken waren Blutkörperchenzählungen vorgenommen worden, welche 68,000 resp. 72,000 rothe Blutkörperchen im Cub. Millim. Blut ergaben. Am letzten Lebenstage wurden dem Kranken 1110 Cub. Ctm. physiologischer Kochsalzlösung intravenös injicirt und gleich darauf wiederum die Blutkörperchen gezählt, deren sich nun blos 47,000 pro Cub. Millim. Blut vorfanden. Aus diesen Zahlen lässt sich berechnen, dass das gesammte im Körper des Kranken vor der Kochsalzinfusion vorhandene Blutquantum 2,35 Liter betragen hat. Der Pat. wog 52,4 Kilo und hätte somit als normales Quantum 3,8 Liter Blut beherbergen müssen. Es ist somit der Beweis geliefert, dass in diesem Fall die perniciöse Anaemie nicht nur eine relative Verminderung der Blutkörperchenzahl, sondern auch eine sehr bedeutende Reduction der gesammten Blutmasse bewirkt hatte. Vortragender behält sich eine ausführliche Veröffentlichung des Falles vor.

Herr Meyer fragt, wie viele Stunden vor der Kochsalzinfusion die letzte Zählung der Blutkörperchen stattgefunden — ferner ob klinisch oder patholog. anatom. capilläre Darmblutungen nachweisbar gewesen?

Herr von Sahmen führt in Fällen scheinbaren Misserfolges der Bandwurmcur die vorübergehende Verschlimmerung des Allgemeinbefindens auf Resorption des verdauten Bandwurmes (Ptomainwirkung) zurück.

Herr Dehio stimmt Herrn v. Sahmen vollkommen bei; Herrn Meyer erwidert er, dass die erste Zählung 48, die zweite 24 Stunden vor der Infusion stattgefunden habe. Darmblutungen seien nicht vorhanden gewesen, wohl aber katarrhalische Schwellung des Dickdarms und amyloide Degeneration der Darmschleimhaut. z. Z. Secretär: Robert Koch.

Vermischtes.

— Den 11 Ssaratowschen Landschaftsärzten, welche wegen des Conflictes mit dem Landschaftspräsidenten Kropotow ihren Abschied genommen haben, sind neuerdings wieder von dem Tschernigowschen Kreis-Sanitätsconseil, der Tambow'schen medicinischen Gesellschaft und dem Neshin'schen ärztlichen Verein Kundgebungen zugegangen, in welchen denselben die volle Zustimmung und Sympathie der genannten Vereine ausgedrückt und zugleich bedauert wird, dass die Ssaratowschen Aerzte zum Quittiren ihrer nutzbringenden Thätigkeit gezwungen worden sind, indem sie in eine derartige Lage versetzt wurden, dass ihre Arbeit keine erfolgreiche mehr sein konnte.

— Die hiesige Zeitung «Russkaja Shisn» bringt die befremdende Nachricht, dass der Gouverneur von Ssaratow die verabschiedeten Landschaftsärzte des Ssaratowschen Kreises, welche bereits Stellungen als Landschaftsärzte in anderen Kreisen desselben Ssaratowschen Gouvernements gefunden haben, in ihren neuen Aemtern nicht bestätigt habe.

— Dr. P. P. Kaschtschenko theilt im «Wratsch» das Verzeichniss der im Gouvernement Nishni-Nowgorod in letzter Zeit am Flecktyphus erkrankten Aerzte und Personen des niederen medicinischen Personals mit: A) Es sind bereits genesen oder befinden sich in der Genesnng — 1) Dr. W. J. Kossarew, Leiter des städtischen Barackenhospitals für Infectionskrankheiten; 2) Dr. J. S. Treskinski, Gefängnissarzt in Nishni-Nowgorod; 3) Dr. N. M. Feschin, Landschaftsarzt des Arsamass'schen Kreises; 4) Dr. A. P. Skworzow, Landschaftsarzt des Makarjewschen Kreises; 5) Dr. N. A. Liwanow, Landschaftsarzt des Balachnäschen Kreises; 6) Dr. B. M. Erbstein, Landschaftsarzt des Lukojanowschen Kreises; 7) Dr. A. N. Ssacharow. Landschaftsarzt des Lukojanowschen Kreises; 8) Dr. E. J. Samosski, Landschaftsarzt des Ssemenowschen Kreises; 9) Die Hebamme S. Berkowitsch der Sanitätsabtheilung im Ssergatschschen Kreise; 10) Die Feldscherin M. Kamenskaja im Lukojanowschen Kreise; 11) Die barmherzige Schwester Russinowa, Frau eines Arztes, im Lukojanowschen Kreise; 12) Die barmherzige Schwester Russeikina, im Lukojanowschen Kreise. — B) Am Flecktyphus liegen noch gegenwärtig darnieder: 1) die Aerztin Lurje, im Makarjewschen Kreise; 2) der Student der Kiewschen Universität A. Rubio, von der Lukojanowschen Sanitätsabtheilung. C) Gestorben sind: 1) Dr. J. K. Malischewski, Leiter des temporären Typhushospitals in Nishni-Nowgorod; 2) Dr. W. N. Rosanow, Chef des Sanitätsdetachements im Lukojanowschen Kreise. 3) Der Inspector des Gouv.-Landschaftshospitals in Nishni-Nowgorod A. W. Pankow. 4) Der Inspector des Landschaftshospitals in Balachna.

— Verstorben: 1) Am 13. April in Kasan der Arzt Lebedew, welcher sich erschossen hat. 2) In Kasan der Stud. med. des V. Cursus Nikolai Nasarow, welcher an einem Typhushospital daselbst thätig war, am Flecktyphus. 3) In Budapest der ehemalige Professor der Chirurgie und Augenheilkunde an der Universität Klausenburg, Dr. Emil Nagel, im 75. Lebensjahre. 4) In Prag der frühere Professor der Psychiatrie an der dortigen Universität Dr. Jakob Fischel, zuletzt Director der Prager Irren-Heilanstalt. im 79. Lebensjahre. 5) Am 24. Mai in Helsingfors Dr. L. Krohn, früherer Docent der Chirurgie an der Helsingforser Universität. im 55. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war ein geborener Petersburger und hat als Arzt den deutsch-französischen und russisch-türkischen Krieg mitgemacht, in letzterem als Chef der finnländischen Ambulanz.

— Einweihung des Langenbeck-Hauses. Der diesjährige (XXI.) Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, welcher bekanntlich wegen der Eröffnung des Langenbeckhauses auf die Zeit nach Pfingsten verlegt worden war, wurde am 3. Pfingstfeiertage durch ein geselliges Beisammensein im Centralhotel in Berlin eingeleitet. Am nächsten Tage (8. Juni n. St.) fand dann die feierliche Einweihung des Langenbeckhauses in Gegenwart einer glänzenden Versammlung statt, in welcher sich Prinz Friedrich Leopold als Vertreter des deutschen Kaisers, mehrere Minister und Generale, Glieder der Familie Langenbeck, sowie zahlreiche Vertreter der deutschen Chirurgie und der verwandten Wissenschaften befanden.

Nachdem das Fest mit den Klängen einer Festmotette eingeleitet worden, begrüsste der diesjährige Vorsitzende des Chirurgencongresses, Prof. v. Bardeleben, die Festversammlung mit einer Ansprache, in welcher er eine Skizze der Geschichte des Langenbeckhauses entwarf und darauf hinwies, dass der Gedanke, statt eines Langenbeckdenkmals ein Langenbeckhaus zum bleibenden Andenken an den grossen Meister der Chirurgie zu errichten, der verstorb. Kaiserin Augusta den Ursprung verdankt, welche ebenso wie der deutsche Kaiser auch die Ausführung des Gedankens durch erhebliche Beiträge zu den Baukosten ermöglicht hat. Redner schloss mit einem Hoch auf den Kaiser.

Hierauf betrat Prof. von Bergmann die Rednerbühne, um als Bevollmächtigter für den Bau des Langenbeckhauses den Rechenschaftsbericht abzustatten. Er wies zunächst auf die Bedeutung des Tages für die ärztliche Welt Deutschlands als eines wichtigen Abschnittes in der Entwickelung ihres Standes und ihrer corporativen Bedeutung hin. Die Zeiten der geschlossenen Zunft und der mit Sonderheiten und Privilegien ausgestatteten Innung seien zwar längst vorüber, aber was in der zerbrochenen Form an Geist und Bedeutung steckte, das möge sich auch heute noch diejenige Körperschaft wahren, deren einheitliche Aufgabe der Menschen menschlichster Beruf ist: der Kampf mit der Krankheit, sodann das Bewusstsein der gemeinsamen naturwissenschaftlichen Methode der ärztlichen Arbeit. Gerade um auch in der Praxis diese Strenge der Berufsauffassung den Aerzten zu erhalten, seien die wissenschaftlichen Vereinigungen nothwendig und daher sei die Freude der deutschen Aerztewelt an dem Gelingen eines Werkes, welches sie diesem Ziele näher gebracht hat, eine allgemeine. Im Langenbeckhause sei für die deutsche chirurgische Gesellschaft ein ständiges Heim geschaffen worden, ein gesicherter Besitz auf eigenem. freier Selbstbestimmung übergebenem Grund und Boden. Die Einweihung dieses Hauses sei daher ein Merkstein in der Entwickelung der medicinischen Gesellschaften Deutschlands, ein grosser und wichtiger Schritt vorwärts auf der von ihnen eingeschlagenen Bahn. Im weiteren Verlaufe schilderte Redner die Entwicklungsstadien des Langenbeckhauses, woran sich der Bericht über die financielle Seite des Baues schloss. Nachdem die deutsche Gesellschaft für Chirurgie ihr ganzes Vermögen, ca. 110,000 Mark in den Dienst der Sache gestellt und auch die Berliner medicinische Gesellschaft 10,000 Mark als zinsfreies Darlehen für den Bau hergegeben, fehlten zur Ausführung des geplanten Baues noch beträchtliche Summen. Jedoch bereits im Laufe eines Jahres liefen durch die in Deutschland und im Auslande veranstalteten Sammlungen zum Besten der Stiftung grosse Summen ein. Das preussische Herrscherhaus betheiligte sich an erster Stelle daran. Kaiser Friedrich, die Kaiserin Augusta, der Grossherzog von Baden, der Prinz Ludwig Ferdinand von Bayern traten an die Spitze der Sammlung.

Die deutschen Aerzte in Nordamerika sandten 10,000 Mark, die russischen Militärärzte sandten 2000 Mk; die Berliner Kaufmannschaft spendete 12,000 Mk., das Haus Mendelsohn 10,000 Mk. Andere Privatpersonen und namentlich die ärztl. Gesellschaften in den verschiedenen deutschen Ländern und Städten folgten. Die reichsten Gaben flossen aus Berlin (mehr als die Hälfte), dann aus München u. s. w. Im Ganzen sind durch die Sammlung 108.000 Mark zusammengebracht worden. Von Kaiser Wilhelm II. wurde der deutschen Gesellschaft für Chirurgie ausserdem ein Geschenk von 100,000 Mark bewilligt.

Als der Kauf des Grundstückes zur Errichtung des Langenbeckhauses neben der chirurgischen Klinik in der Ziegelstrasse vollzogen wurde, gebot die Gesellschaft über 100,000 Mark eigenes Vermögen, 108.000 Mk. aus der Sammlung, 10,000 Mk. aus einer letztwilligen Verfügung der Kaiserin Augusta, 10,000 Mk. Vermögen der Berliner med. Gesellschaft in Allem über 228 T. Mk. die noch fehlenden 12,000 Mk. zum Kauf des Platzes (240,000 Mk.) gewährte als zinsenloses Darlehen ein hochherziger Berliner Arzt. Für die Baukosten, welche auf 300,000 Mk. veranschlagt sind, blieben nur die vom Kaiser geschenkten 100.000 Mk. übrig. Es mussten daher die fehlenden 200,000 Mk. durch eine Hypothek beschafft werden, die zunächst während des Baues die Mecklenburgische Hypothekenbank durch Vermittelung der deutschen Bank hergegeben hat. Zur theilweisen Tilgung dieser Hypothekenschuld ist bereits Aussicht vorhanden, indem ein hochherziger Arzt am Rhein der deutschen Gesellschaft für Chirurgie angezeigt hat, dass nach seinem Tode ein Capital von 100,000 Mk. ihr zufallen wird. Die Berliner med. Gesellschaft hat nicht blos die 10,000 Mk. ihres Capitals zinsenfrei der Stiftung zugewandt, sondern sie zahlt auch für den Sitzungssaal zu ihren wöchentlichen Sitzungen und die Räume für ihre Bibliothek eine Jahresmiethe von 5000 Mk. für die nächsten 23 Jahre.

Noch auf andere Miethserträge rechnet die chirurgische Gesellschaft. Sie will auch anderen gelehrten Vereinen und Versammlungen, welche bis jetzt keine geeigneten Sitzungslocale gefunden, die schönen Räume ihres Hauses zur Verfügung stellen. Dadurch meint sie am Besten die Erinnerung an den Meister ihrer Kunst, dessen Namen das Haus trägt, zu wahren.

Es herrscht nur eine Stimme der Befriedigung über das so schön Gelungene und aufrichtig darf man die Männer beglückwünschen, welche mit kühnem Muthe dieses Werk begonnen und so glänzend durchgeführt haben! Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 31. Mai d. J. 5416 (55 weniger als in der Vorwoche), darunter 306 Typhus — (8 mehr), 521 Syphilis — (10 weniger), 43 Scharlach — (wie in der Vorwoche), 19 Diphtherie — (5 weniger), 83 Masern — (15 weniger) und 14 Pockenkranke (2 weniger als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Es wird ein Arzt für den neugebildeten medicinischen Bezirk im Stawropolschen Kreise (Gouv. Samara) gesucht. Es befindet sich im Bezirk ein Krankenhaus mit 5 Betten. Gehalt nebst Quartiergeld 1000 Rbl. jährlich, bei freien Amtsfahrten. Adresse: «Въ г. Ставрополь, Самарской губ., въ Уѣздную Земскую Управу».

2) Im Kreise Wessjegonsk (Gouv. Twer) ist eine Landschaftsarztstelle vacant. Die Meldung geschieht unter Beifügung der Documente bei der «Весьегонская Земская Управа».

☛ Die Bibliothek des Vereins St. Petersburger Aerzte wird im Laufe des Sommers zugänglich sein am Dienstag und Freitag von 4—6 Uhr und am Mittwoch im Laufe des ganzen Tages. ☚

Bad Kissingen: Angewendet bei chron. Magen- und Darmkatarrh, habitueller Stuhlverstopfung, chron. Katarrh der Gallenwege und Nierenbecken, chron. Blasenkatarrh, Leber- und Milzschwellung, Haemorrhoiden, chron. Entzündungsproducten (Exsudate), Fettleibigkeit, Gicht, Rheumatismus, Bleichsucht, Scrophulose, Rhachitis, Hautkrankheiten, chron. Erkrankungen der Respirationsorgane, durch Herzklappenfehler und Fettherz veranlassten Kreislaufstörungen, Frauenkrankheiten, Erkrankungen des Nervensystems, Folgekrankheiten der Influenza.

Biliner Sauerbrunn! Altbewährte Heilquelle für Nieren-, Blasen- und Magenleiden, Gicht, Bronchialkatarrh, Hämorrhoiden, etc. Pastilles de Bilin (Verdauungszeltchen). Vorzügliches Mittel bei Sodbrennen, Magenkatarrhen, Verdauungsstörungen überhaupt.

Curort Gleichenberg: Nach Influenza zurückgebliebene katarrhalische Reizungszustände und nervöse Störungen, sowie frische und veraltete Katarrhe der Athmungsorgane werden am raschesten zum Verschwinden gebracht durch die Gleichenberger Constantinsquelle. Für Kinder und empfindlichere Constitutionen passt besser die Gleichenberger Emmaquelle.

Saxlehners Bitterwasser Huniadi Janos. Nach Gutachten ärztlicher Autoritäten zeichnet sich dieses natürliche Purgativ durch folgende Vorzüge aus: Prompte und sichere Wirkung; milder Geschmack; geringe Dosis; auch bei längerem Gebrauche keine Verdauungsstörungen. Indication: Habituelle Stuhlverstopfung; Leberleiden; Gelbsucht etc. Neuerdings auch in der zahnärztlichen Praxis mit Erfolg angewendet.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 24 St. Petersburg, 13. (25.) Juni 1892

Vierter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der vierte Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte findet in **Wenden** statt und währt vom 14.—16. **September** d. Jahres.

Vorträge, deren Dauer die Zeit von 15 Minuten nicht überschreiten darf, werden die Herren Aerzte ersucht, unter genauer Angabe des Themas und kurzer Wiedergabe des Inhalts baldmöglichst, spätestens aber bis zum 1. August c. bei Unterzeichnetem anzumelden.

Im Namen des Vorstandes:
d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Fellin.

Ueber Athempausen.

Von
Dr. G. Amburger.
St. Petersburg.

Das Cheyne-Stokes'sche Respirationsphänomen hat durch die Seltenheit seines Vorkommens, durch seine ernste Bedeutung, durch sein frappantes Bild von jeher das Interesse des Arztes gefesselt. Alle Erklärungsversuche für diese pathologische Erscheinung mussten auf der Basis unserer Kenntnisse von der Innervation der Athembewegungen gebaut werden; diese Kenntnisse sind aber erst in jüngster Zeit erneut und erweitert worden: ich erwähne hier nur der Entdeckung mehrerer Centra für die Athembewegung, der Constatirung erregender und hemmender Nerven, die zu den automatischen Centren führen, endlich der isolirbaren Hemmungscentra für die Respiration in der Hirnrinde.

Physiologisch verläuft die Respiration so, dass O-armes Blut als regulärer und beständiger Reiz während des Lebens auf die automatisch arbeitenden Centra wirkt und ihre rythmische Thätigkeit unterhält; letztere wird durch psychischen Einfluss in gewissem Grade, ferner reflectorisch durch Sinneseindrücke, sensible Nervenreize auf verschiedenen Bahnen, ferner durch Erregung bestimmter, Reflexe auslösender Nerven, endlich durch die Thätigkeit der Hemmungscentra modificirt. Damit die Hirnganglien (der Centra) regelmässig functioniren, bedürfen sie der genügenden Zufuhr O-haltigen Blutes um ein genügendes Maass der Erregbarkeit zu besitzen; Unterbrechung der Circulation setzt die Erregbarkeit herab, es erfolgt endlich Stillstand der Respiration. Ganz unabhängig und ohne Kenntniss der Beobachtungen von Cheyne und Stokes, hat Schiff bei Experimenten am Thier constatirt, dass wenn grössere Blutergüsse in der Gegend der Medulla oblongata stattfanden, fast regelmässig das frappante Athemphänomen eintrat. Dass Insulte dieser Art Nervenleitung und Blutzufuhr hochgradig modificiren müssen, ist klar, aber dennoch tritt nicht Functionsunfähigkeit der Athemcentra ein, sondern die automatischen Apparate und ihre hemmenden Regulatoren setzen das Spiel in gestörtem Rythmus fort. Von derartigen schweren Vorgängen ist aber in der menschlichen Pathologie selten die Rede, im Gegentheil: es fehlen in den meisten Beobachtungen von Cheyne-Stokes'scher Respirationsform gröbere Störungen der Circulation und andrerseits überraschen die Heerderkrankungen der Medulla oblongata durch das fast beständige Fehlen des Phänomens, wie die Literatur der Bulbärparalyse und andre einschlägige Arbeiten beweisen z. B. die von Möser [1]).

Das Unzulängliche der gegebenen Erklärung des Cheyne-Stokes'schen Athmens durch herabgesetzte Erregbarkeit der Athemcentren wird schon durch die naheliegende Erwägung dargethan, dass der Sterbende nur sehr selten so athmet und es müsste doch, da dem Tod des Respirationscentrum's seine fortschreitende Lähmung vorausgeht, in der Agonie nicht sehr selten, wie thatsächlich, sondern häufig gesehn werden. Ja, in vielen Fällen hat man das vollentwickelte Phänomen in den letzten Lebenstagen verschwinden und normales Athmen eintreten sehn. Die Vitalität aller Hirntheile bedarf gewiss der beständigen O-Zufuhr oder es sinkt ihre Erreg-

[1]) Diagnostik der Krankheitsherde der Medulla oblongata. Deutsches Archiv für klinische Medicin 1884. Bd. 35.

barkeit, aber dem Respirationscentrum isolirt Functionsschwäche durch O-Mangel zu vindiciren ist unstatthaft, wenn man weiss, dass der Erreger für die Athembewegungen das O-arme Blut ist, dasselbe Blut, welches die Athemcentra speist; denn als reinen Nervenreiz, etwa specifischer Natur, haben wir nicht einmal die Thätigkeit der Vagi anzusehn, welchen nur ein regulirender Einfluss zukommt; die sensiblen Reize haben noch weniger Bedeutung für das beständige regelmässige Athmen.

Es ist ja bekannt, dass ausgiebige Athembewegungen stattfinden auch nach Entfernung des Grosshirns, gleichzeitige Durchschneidung des Rückenmarks in der Gegend der letzten Halswirbel und der Vagi. Hier ist die Zuleitung aller sensiblen Erregungen ausgeschlossen, aber die Erhaltung der Blutzufuhr und der Bahn zu den Athemmuskeln genügt zur Fortdauer der Athembewegungen. Ich erinnere hier an die berühmten Arbeiten von Traube[2]), welche den souveränen Einfluss des Blutreizes auf das Athemcentrum dargethan und die Arbeit Rosenthal's[3]), welche speciell den O-Gehalt des Blutes als maassgebenden Factor bei Erregung der Athembewegungen feststellt.

Als eine physiologische Grundwahrheit haben wir anzusehn, was Pflüger ausgesprochen, dass der O-Consum im Körper es allein ist, der die Energie der Athmung und der Circulation bedingt, und nimmermehr der Stoffwechsel in seiner Intensität von kräftigem Blutkreislauf und lebhaften Athembewegungen beherrscht wird.

Die normale Circulation ist beim Athmen von grosser Bedeutung, da bei ihrer Verlangsamung und Schwäche ungenügende Blutreize in ungenügender Menge den Centren zugeführt werden. Diese beiden Momente praedisponiren daher vor Allem zu Athembewegungen in Pausen, atypischer und typischer Form.

Man hat die rudimentären Formen Cheyne-Stokes'schen Athmens stets als unregelmässige, periodische, intermittirende Respiration bezeichnet und als andersartig, nicht gleichwerthig, nie einem Vergleich unterzogen. Ich meine, dass die Beobachtung physiologischer und pathologischer Athempausen hinüberleitet zu dem charakteristisch ausgebildeten sogenannten Phänomen. Wenigstens machen unsre jetzigen Kenntnisse über die Athemcentra, über den Chemismus und Mechanismus der Respiration die Einheitlichkeit der Gründe des pathologischen Athemstillstandes plausibler wie früher.

Wann beobachten wir Athempausen? Von willkürlichem Stillstand der Respiration, der sehr begrenzt ist, freilich durch Uebung beträchtlich erweitert werden kann, wollen wir abstrahiren. Häufig ist die physiologisch vorkommende reflectorische Hemmung des Athmens ohne Einfluss des Willens. Psychische Vorgänge der verschiedensten Art: Freude, Schreck, Erwartung, concentrirte Aufmerksamkeit, Nachdenken, sobald es plötzlich provocirt und sein Resultat erwartet wird, bedingen oft Athemstillstand. Dasselbe beobachtet man bei Sinnesreizen, vor Allem den akustischen, wie die in allen Sprachen vorhandenen Ausdrücke «lauschen mit verhaltenem Athem, athemlose Spannung, frei aufathmen» beweisen. Schon das Anspannen, die Aufmerksamkeit des Gehörsinnes genügt zur Sistirung des Athmens. Jeder, der in stiller Nacht ein Geräusch oder dessen eventuelle Wiederholung controllirt, thut es fast immer mit angehaltenem Athmen, oft bis zum peinlichen Gefühl der Athemnoth. Sehr dankbare Objecte für die Beobachtung unterbrochener Respiration sind die Kinder; man fesselt die Aufmerksamkeit eines etwa 7 jährigen Kindes auf Erwartung akustischer und optischer Vorgänge und fast unfehlbar wird sich eine Athempause von 10—15 Secunden Dauer einstellen. Meist tritt letztere nach geschehener Exspiration ein, bei akustischer Aufmerksamkeit wenigstens; dagegen reagirt ein Kind, nach meiner Erfahrung, bei optischem Aufmerken und concentrirter Mühe, wie etwa beim Zeichnen, oft mit Athemstillstand nach der Inspiration, so dass ein stöhnendes, seufzendes Exspirium in drolliger Weise die harmlose Beschäftigung des Zeichners unterbricht.

Für diese Reihe physiologischer Athempausen hat erst die bedeutsame Entdeckung eines selbständigen Centrums für Hemmung des Athmens Erklärung gebracht. Unverricht[4]) hat beim Hunde eine Stelle der Hirnrinde, in der dritten äusseren Windung, nach aussen vom Orbiculariscentrum gefunden, deren Reizung Stillstand der Respiration zur Folge hatte. Für die Katze hat die gleichnamige Stelle Preobrashenski[5]) als Hemmungscentrum bestätigt. Die Existenz dieser Apparate deutet uns auch die pathologischen Athmungspausen.

Vor Kurzem hat Fenoglio[6]) Beobachtungen intermittirender Respiration mitgetheilt, die viel Interesse haben. Sein Material betraf nur alte Individuen, die mehr oder weniger deutliche Defecte der Circulation, krankes Herz oder kranke Arterien hatten, aber doch in befriedigender Breite der Gesundheit lebten. Bei Solchen fand Fenoglio oft eine irreguläre und intermittirende periodische Respiration und ferner bei 6 Männern ein intermittirendes Athmen, das mehrere Pausen von 5—35 Secunden zeigte; diese Intermittirung erfolgte sowohl beim Wachen, wie im Schlafe, nach schnellem Gange wie in der Ruhe. Athempausen von beträchtlicher Dauer habe ich bei alten Individuen gesehn, darunter waren auch Solche, die keine Läsion ausser senilen Veränderungen am Gefässsystem darboten, aber Allen gemeinsam war die träge Circulation, das Darniederliegen des Stoffwechsels, Unthätigkeit der Muskeln, Aufenthalt in Zimmerluft, Unlust zu körperlicher Uebung. Ein College, von jetzt 79 Jahren, dessen ärztlicher Berather ich bin, der erweiterte starre Aorta, häufig Arythmie der Herzaction hat, im Ganzen aber wenig Klagen über sein Befinden vorbringt, dabei jedoch fast das runde Jahr seine Wohnung nicht verlässt, bemerkt seit 5 Jahren zeitweisen Stillstand seiner Respiration; es giebt Stunden, wo er in seiner Lecture fortwährend unterbrochen wird durch das Bedürfniss tief aufzuathmen; «ich vergesse zu athmen» bezeichnet er diesen Zustand. Eigentliche Beschwerden macht ihm dieser nicht, er ärgert ihn mehr. Es scheint überhaupt Selbstbeobachtung nöthig um Denjenigen, welche solche Erscheinungen bieten, die vage flüchtige Athembeschwerde zur Perception zu bringen. Indifferent ist der Zustand nicht, wie ich an mir selbst erfahren habe. Vor 4 Jahren brachte ich mehrere Winter-Monate im Zimmer zu; ein leichter Grad von Fettherz und Fettleber war constatirt worden, der Klappenapparat des Herzens war gesund. Oppressionsgefühl in der Brust, träge Circulation, Darniederliegen des Stoffwechsels verbanden sich mit Apathie, Scheu vor körperlicher Bewegung. Auf Lecture angewiesen, wurde ich nach mehreren Wochen gewahr, dass die Respiration noch oberflächlicher und langsamer war wie gewöhnlich und dazwischen sich vollständige Athempausen einstellten, ein quälendes Gefühl von Lufthunger begleitete die letzten und zwang zu einer tiefen Inspiration, welche sofort befriedigte; absichtliche folgende Tiefathmungen waren von keinem Nutzen und ermüdeten, wie es forcirtes Athmen beim Gesunden thut. Die absteigende Phase

[2]) Gesammelte Beiträge Bd. I.

[3]) Die Athembewegungen und ihre Beziehungen zum N. vagus. 1862.

[4]) Experimentelle Untersuchungen über die Innervation der Athembewegungen. Verhandlungen des Congresses für innere Medicin 1888.

[5]) Ueber Athmungscentren in der Hirnrinde. Wiener klinische Wochenschrift. 1890. Nr. 41.

[6]) Ueber die intermittirende periodische Respiration. Zeitschrift für klinische Medicin. 1891. 4. Heft.

bei der Respiration konnte ich deutlich controlliren, sie kehrte immer wieder bis die absichtliche Inspiration vor oder in dem Athemstillstand dazwischen trat. Manchmal war der Zustand fast unheimlich; zum Glück war ein wirkliches Davonlaufen nicht nur möglich, sondern auch wirksam. Mehr Körperbewegung im Zimmer, lautes Lesen machten die Pausen seltener und als ich in's Freie kam und meine Beschäftigung wieder aufnahm, verschwanden sie ganz um nur gelegentlich andeutungsweise aufzutreten. Es waren neben der allgemeinen Muskelschwäche wohl auch die Athemmuskeln ungenügend genährt. Die Athempausen bedingten keine Compensation durch folgende dyspnoische Athemzüge, weil das O-Bedürfniss des Organismus gering blieb; die Athemcentra erhielten zu wenig Impuls durch den nöthigen Blutreiz; ihre Erregbarkeit war nicht in Frage zu stellen, ihre Erregung war aber, umsomehr da die Circulation geschwächt und verlangsamt war, qualitativ und quantitativ herabgesetzt, und zudem gewannen wahrscheinlich die hemmenden Apparate die Ueberhand.

Es wird urgirt, nur auf solche Fälle die Bezeichnung des Cheyne-Stokes'schen Phänomens anzuwenden, wo die Pausen in regelmässigen Abständen eintreten, wo eine absteigende Reihe von Athembewegungen vorausgeht und eine aufsteigende folgt. Fenoglio theilt denn auch seine Kranken in 3 Kategorien: die erste enthält die oben erwähnten Athempausen alter Leute, die dritte das schulgerecht ausgebildete Phänomen; die zweite umfasst Fälle durchweg schwer Kranker, bei denen die Respiration trotz der Pause nach dieser ruhig bleibt und keine Compensation durch dyspnoisches Athmen stattfindet. In seiner zweiten Reihe befinden sich zwei Fälle, die Greise von 75 und 78 Jahren betrafen, ebenso ein 38 jähriger Mann, der einen Tumor im Pons, Secundärknoten in der ersten rechten Occipitalwindung hatte. Alle drei Kranken hatten freies Sensorium und das ist wohl auch nach meiner Ansicht der Grund, warum nach der Pause nicht langsam anschwellende Respirationsbewegungen, sondern sogleich tiefe Inspiration folgte; denn sind solche Patienten nicht völlig bewusstlos, so athmen sie nach dem Stillstand wie ein von Erstickung Befreiter gleich frei auf, wogegen bei Bewusstlosen oder Schlafenden der anwachsende chemische Blutreiz, d. h. der O-Mangel des Bluts, erst allmälig die nöthige Intensität erreicht um die automatischen Centren regelrecht arbeiten zu lassen. Bei obenerwähntem Fall 3 hörte das intermittirende Athmen in den letzten Lebenstagen auf, was Fenoglio wohl mit Recht dem gleichzeitigen Eintritt hoher Körpertemperatur zuschreibt. Ich, wenigstens, habe nie bei einem Fiebernden das Respirationsphänomen gesehen.

Fast immer beobachtet man die volle Cheyne-Stokes'sche Respirationsform bei Bewusstlosen oder mehr weniger Benommenen und Schlafenden. Bei habituellem Morphiumgebrauch resp. -missbrauch habe ich sie in reinster Formvollendung gesehn. Ein 65 jähriger Kaufmann, F., ausser rigiden Arterien keine Krankheit des Circulationsorgane besitzend, litt an Arthritis deformans des rechten Hüftgelenks. Muskelkrämpfe und Schmerzanfälle liessen ihm Tag und Nacht keine Ruhe und er war auf vielfachen Umwegen auf den subcutanen Gebrauch des Morphiums angelangt und somit demselben verfallen. Die Uhr vor mir und den Bleistift in der Hand habe ich das Athemphänomen, als ich ihn schlafend fand, lange verfolgt; im wachen Zustande war auch nicht eine Spur intermittirender Respiration an ihm wahrnehmbar. Die narkotische Wirkung des Morphiums besteht in fortschreitender Lähmung der Athemcentra, die Respiration wird bei Vergiftung seltener, unregelmässig, aussetzend, bis zum Stillstand; ähnlich wie bei anderen Gehirncentren. Bei chronischem Morphiummissbrauch, wo wir Cheyne-Stokes'sches Athmen sehen, liegt der Stoffwechsel fast immer sehr darnieder, Herabsetzung der Blutreize und lähmungsartige Schwäche der Muskulatur tragen daher zum eventuellen Athemstillstand viel bei.

Wiederholt sah ich mehr oder weniger rythmische Athempausen bei Peritonitis; da wir wohl nie eine Peritonitis ohne relativ grosse Gaben Opium behandeln, so kann ich nicht sagen, ob Splanchnicusreizung reflectorisch (Knoll) den Athemstillstand bedingte oder die Opiumwirkung maassgebend war.

Im Jahre 1887 hatte mich College Dr. Lingen zu einem Manne von 64 Jahren gerufen, der sehr interessant wurde. Er litt an Arteriosklerose beträchtlichen Grades und hatte eine Stenose des Aortenostiums. Wiederholt hatten apoplektische Insulte stattgefunden; er war linksseitig gelähmt, sprach lallend, undeutlich, die Intelligenz war sehr gesunken, aber er reagirte auf die alltäglichen Bedürfnisse und Vorkommnisse, antwortete auf laut gestellte Fragen befriedigend. Bei meinem dritten Besuch hatte sich das typische Athemphänomen eingestellt und dasselbe dauerte von nun an, mit stundenlangen Intermissionen freilich, 6 Monate bis zum Tode fort. Während meiner Beobachtungszeit, zwei Monate hindurch, war das Bild meist in vollkommener Ausbildung und Reinheit zu sehen, nur zeitweilig fehlte die langsam aufsteigende Respirationsphase und Patient athmete, nach der manchmal erschreckend langen Pause von 40—45 Secunden, unmittelbar tief und dyspnoisch. Dr. Lingen und ich haben diesem Fall viel Aufmerksamkeit geschenkt. Der Athemstillstand war ein absoluter, die auf- und absteigenden Phasen der Respiration von fast gleicher Länge, beide zusammen meist der Länge der Pause entsprechend; in der Pause blickte Patient mit seinem ängstlichen Blick auf die Lichtquelle, das Fenster, hin, die Pupillen waren während derselben nicht alterirt, der Puls in Folge, Fülle nie verändert; schrie ich dem Kranken zu, er möge doch athmen, so machte er einige unsichere Athemversuche und kürzte die Pause durch früheren Eintritt tiefer Respiration ab. Im Frühjahr wurde Patient aufs Land gebracht und starb im Sommer unter dem Bilde einer Gehirnapoplexie. Die Section wurde nicht gemacht. Dr. Selenkow, der auf dem Lande die Behandlung des Kranken übernahm, theilte mir mit, dass die Frequenz der intermittirenden Respiration etwa dieselbe blieb, dass er aber nach den Athempausen fast nur unvermittelt dyspnoisches Athmen beobachtet habe.

Einen diesem Krankheitsfall fast analogen finde ich von Merkel [1]) geschildert. Nach einem apoplektischen Anfall am 29. Dec. 1869 trat vorübergehend während mehrerer Tage Cheyne-Stokes'sches Athmen ein, darnach nur schwache Andeutungen desselben durch fast ein Jahr. Am 14. Nov. 1870 wird notirt: grosse Hinfälligkeit, geistige Potenz sehr gesunken, Sprache lallend, anämisches Aussehen, linksseitige Hemiplegie. Die Cheyne-Stokes'sche Respiration ist wieder eingetreten und geht Tag und Nacht fort nur mit kurzen Unterbrechungen, während derer Patient schläft. Ende December wird der Zustand grauenerregend, keine Viertelstunde Ruhe bei Tag und bei Nacht, Athempause dauert 35 Secunden, Dyspnoe 25—40 Secunden. Während der Dyspnoe erholt sich Patient, ist vollkommen bei sich, antwortet mühsam auf vorgelegte Fragen, in der Apnoe stiert er mit unempfindlichen Pupillen grade aus. Puls jederzeit schwach, klein. Rigescenz der Radial- und Temporalarterien colossal. Die Section ergab: Arterien der Basis enorm starr, die Lumina auf ein Minimum reducirt. An der Grenze zwischen Seh- und Streifenhügel rechts eine linsengrosse Cyste. In der Mitte der Brücke 3 hanfkorngrosse Cysten. Herz hypertrophirt, dilatirt, leicht fettig degenerirt.

Bei einer hysterischen Dame habe ich quälende Respi-

---

[1]) Deutsches Archiv für klinische Medicin. 1871. Bd. VIII.

rationspausen (sie war früher als an Asthma leidend bezeichnet und behandelt worden) durch Gebrauch von Amylnitrit erfolgreich bekämpft. Die künstliche Hyperämie des Gehirns bringt durch vermehrte Zufuhr der Blutreize activere Athembewegungen hervor; kaum durfte es sich um Lähmung vasomotorischer Krampfzustände handeln, welche, wie bekannt, Filehne in geistreicher Weise als Ursache des Cheyne-Stokes'schen Athmens bezeichnet und als solche experimentell zu beweisen sich bemüht hat. Gegen Filehne's Auffassung haben Gegenexperimente gesprochen, sie fand auch keine Bestätigung bei klinischer Prüfung. Eine präcise Bearbeitung eines Falles, der sphygmographisch controllirt wurde von Loewit, ergab negatives Resultat. Auf die hervorragende Arbeit Loewit's [8]) muss ich näher eingehn. Ein Patient, 50 Jahre alt, leidet an Insufficienz der Aortaklappen, ist im Stadium der gestörten Compensation, anämisch, hochgradig geschwächt, somnolent. Es tritt Cheyne-Stokes'sche Athemform ein, die 40 Stunden dauerte, während derselben werden wiederholt Puls- und Athemcurven gleichzeitig aufgenommen, die evident ergeben, dass während der Athempausen keine Blutdruckveränderungen sich am Pulse geltend machen. Ich schalte hier ein, dass nach Ablauf der 40 Stunden plötzlich normales rythmisches Athmen wiederkehrt und bis zum Tode dauert; Schmerzäusserungen und Diarrhoe begleiten das regelmässige Athmen bis zum Collaps. Die brutale Thatsache, dass bei dem Sterbenden die angeblich maassgebende Erregbarkeitsschwäche des Respirationscentrums nicht weiter fiel, sondern sich hob, wird nicht der Erwägung werth gehalten, ferner ist nicht bemerkt, ob der letzte Grund der Todesursache, den die Section ergab: ausgedehnte Nekrose des Colon, Fieber verursacht habe. Dass Loewit diese Beobachtung gegen Filehne geltend macht, ist voll berechtigt; aber seine Argumentation führt ihn dazu die Basis des Vorgangs in der durch Ermüdung eintretenden Abnahme der Erregbarkeit des Athemcentrums zu sehen. «Die allmählich abnehmende Erregbarkeit reicht für das Verständniss der ersten Decrescendo-Athmungen des Cheyne-Stokes'schen Phänomens vollständig aus, bis das Eintreten der Athempause darauf hinweist, dass die vorhandenen Reize gar keine Athmung mehr auszulösen im Stande sind, dass mithin die Erregbarkeit für die vorhandenen Reize gleich Null geworden ist».

Solcher Anschauung gegenüber wiederhole ich die erwähnten Bedenken und füge hinzu, dass wir jetzt, dank der epochemachenden Entdeckung Unverricht's, eine weitere Erklärungsweise besitzen. Es ist, wie Unverricht [9]) selbst kürzlich aussprach, nöthig: «dass man zur Erklärung des Phänomens eine Störung des Gleichgewichts der verschiedenen functionell verknüpften Athemcentren im Gehirn annehmen müsse».

Ich befinde mich zum Theil in Uebereinstimmung mit Hein [10]), der nach seinen Beobachtungen am Krankenbett zu dem Schluss kommt, dass träge Circulation und ungeeignete Blutbeschaffenheit das besprochene Respirationsphänomen bedingen; auch die Erwägung Hein's, dass während der Athempause der Stoffaustausch zwischen Blut und Gewebe am Vollkommensten vor sich geht und der Reiz für das Centrum wächst, ist gewiss richtig, aber der Satz «die Erregbarkeit des respiratorischen Nervencentrums wird erst wieder hergestellt, nachdem neuerdings einige Zeit arterialisirtes Blut die Capillaren des verlängerten Marks durchströmt und die sogenannte innere Athmung gefördert hat, wie dies am Schlusse der Pause der Fall ist» — ist unverständlich, denn wie soll das Blut in der Athempause genügend arterialisirt werden? Umgekehrt, die Athemreize steigen durch weiteren Consum des vorhandenen O während der Pause und sehr O-armes Blut reizt das Centrum zu Bewegungen der Athemmuskeln.

Einen günstigen Effect der Athempause auf die Erregbarkeit des Centrums in der Functionslosigkeit, dem Ausruhen, zu suchen, ist aber auch nicht zulässig, da gerade Schwäche und Seltenheit der Athembewegungen die Situation verursachen, einleiten und beherrschen.

Welche speciellen Krankheiten zu intermittirender Respiration den Boden liefern, ist nicht zu präcisiren; Cheyne und Stokes sahen die ersten Fälle bei Herzkranken, der Erste bei Hirnapoplexie, der Zweite bei Fettherz. Stokes hat das Respirationsphänomen in die Symptomatologie des Fettherzens aufgenommen; und in der That praedisponirt wohl kaum ein Zustand so zu trägem Stoffwechsel bei träger Circulation.

Traube und namentlich Bamberger haben strict die Häufigkeit dieser Complication des Fettherzens in Abrede gestellt.

Wahrscheinlich sind chemische Gifte von directem Einfluss (Morphium, Uraemie) auf die Centra; Apoplexien, Basilarmeningitis können begreifliche locale Einwirkung auf dieselben haben.

Wenn ich die verringerte Oxydation in den Geweben als causalen Grund vorangestellt habe, so scheinen dieser Ansicht die Inanitionskrankheiten zu widersprechen, da bei denselben selten Athempausen vorkommen. Aber die rapide Consumption der Gewebe geht meist mit reger Oxydation einher, und das so oft begleitende Fieber scheint mir erst recht mit Cheyne-Stokes'schem Athmen unverträglich zu sein.

Die grosse Bedeutung, die eine solche Autorität wie Knoll [11]) den Beobachtungen am kranken Menschen für die Lehre der Athmungsinnervation einräumt, hat auch mir die Berechtigung gegeben zu obiger Mittheilung in einer so complicirten und viel bearbeiteten Frage.

Referate.

Th. Weyl: Zur Theorie der Immunität gegen Milzbrand. (Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten. XI. Bd. 3. Heft.

«Wenn man Sporen des virulenten Milzbrandes, welche eine Zeit lang im Körper eines gegen Milzbrand immunen Thieres verweilt hatten, in den Körper eines gegen Anthrax empfänglichen Thieres überträgt, darf man die Gründe, weshalb das erste Thier gegen Milzbrand gefestigt war, festzustellen hoffen.

Entweder nämlich geht das empfängliche Thier an Milzbrand zu Grunde: dann beruht die Immunität des immunen Thieres auf Entwickelungshemmung, welche im empfänglichen Thiere nicht fortdauert. Oder das empfängliche Thier bleibt am Leben: dann werden die Sporen im Körper des immunen Thieres unwirksam gemacht d. h. abgeschwächt oder getödtet».

Um das zu entscheiden brachte W. Seidenfäden, die mit Milzbrandsporen imprägnirt waren Hühnern und Tauben, die gegen Milzbrand immun sind, unter die Brust- und Bauchhaut und impfte mit diesen Fäden, nachdem sie eine gewisse Zeit im Körper des immunen Thieres verweilt hatten, weisse Mäuse, die so sehr empfänglich für Milzbrand sind. Die Resultate waren, dass Mäuse, die mit Milzbrandbacillen geimpft wurden, welche vorher 6 Tage im Körper der Taube oder 4 Tage im Körper des Huhnes verweilt hatten, nicht mehr starben; kürzere Zeit im Körper der Taube und des Huhnes verbliebene waren noch virulent. Solche Fäden gaben auf Agar gebracht auch Culturen, während keine Culturen entstanden, wenn die mit den Fäden geimpften Mäuse am Leben blieben.

«Man muss aus diesen Versuchen schliessen, dass die Immunität der Tauben und Hühner gegen Milzbrand dadurch zu Stande kommt, dass die Milzbrandsporen im immunen Thiere abgetödtet werden».

Einwände, welche gegen die Gültigkeit dieses Schlusses gemacht werden könnten, werden von Weyl widerlegt. Siehe das Original.

---

[8]) Ueber das Cheyne-Stokes'sche Respirationsphänomen. Prager medicinische Wochenschrift. 1880. Nr. 47. u. ff.

[9]) St. Petersburger med. Wochenschrift. 1891. Nr. 49.

[10]) Ueber die Symptome und die Pathogenese des Cheyne-Stokes'schen Phänomens und verwandter Athmungsformen. Deutsches Archiv f. klin. Medicin. 1880. Bd. 27.

[11]) Ueber die Athmungsinnervation. Verhandlungen des Congresses für innere Medicin. 1886.

Auf die Frage, auf welche Weise die Sporen im immunen Thiere zu Grunde gehen, ob sie direct absterben oder zuerst auskeimen, ob Phagocytose dabei nachzuweisen ist — auf diese wichtige Frage liess sich Weyl nicht ein, weil sie schon von Trapeznikoff bei Metschnikoff beantwortet ist und zwar dahin, dass die verimpften Sporen im immunen Thiere zu Grunde gehen, nachdem sie zu Bacterien ausgewachsen und von den Leukocyten gefressen sind. Weyl hat die vortrefflichen Präparate, aus denen dieser Schluss gezogen wurde, selbst bei Metschnikoff gesehen.

Ob nicht auch chemische Kräfte bei dieser Abtödtung der Sporen mitwirken, lässt Weyl unentschieden. Masing.

S. Kitasato: Gewinnung von Reinculturen der Tuberkelbacillen und anderer pathogener Bakterien aus Sputum. (Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten. XI. Bd. Heft 3.

Es galt bisher für sehr schwer, wenn nicht unmöglich, aus Sputum Reinculturen der Tuberkelbacillen darzustellen, weil diese sich sehr langsam und spärlich auf verschiedenen Nährböden entwickeln, während andere Mikroorganismen, die immer auch im Sputum sich finden, sehr rasch wuchern. K. gelang nun nach einem von Koch neuerdings angegebenen Verfahren die Züchtung gut.

Ref. referirt die kleine 3 Druckseiten einnehmende Arbeit von K. nicht deshalb, sondern weil K. nebenbei zwei bemerkenswerthe Thatsachen constatirte. 1) Es zeigte sich, dass die meisten der im Sputum oder im Inhalt der geschlossenen Lungencavernen vorhandenen Tuberkelbacillen abgestorben waren. Mikroskopisch war ein Unterschied gegenüber den lebenden durchaus nicht zu finden. Sie färbten sich ebenso rasch und intensiv, wie die andern. Dass erstere wirklich todt waren, erwiesen sowohl Culturversuche als das Thierexperiment. 2) K. fand häufig im Sputum neben Tuberkelbacillen noch eine andere Bakterienart so constant und so zahlreich vertreten, dass er weitere Forschungen darüber anstellte. Er fand bei Obductionen den nachgewiesenen Mikroorganismus in der ganzen Lunge in Reincultur verbreitet. Ja einmal wurde der betreffende Parasit in allen inneren Organen ebenfalls in Reincultur vorgefunden.

Ob diesen Mikroorganismen, sowie noch anderen, ebenfalls im Sputum Tuberculöser oft von K. constatirten, nicht vielleicht eine wesentliche Bedeutung zukommt, wird Dr. Cornet untersuchen und veröffentlichen, da K. durch seine Uebersiedelung nach Japan daran verhindert ist. Masing.

E. Niebergall: Der Haematokrit. (Corr.-Blatt für Schw. Aerz. 1892 Nr. 4).

Schon 1885 hatte Prof. Blix in Upsala gezeigt, dass man den Gehalt des Blutes an rothen Blutkörperchen nicht allein durch Zählen, sondern auch durch Messen des Volumens dieser Körperchen abschätzen könne, wenn am Coaguliren gehindertes Blut centrifugirt und die ganze vom Serum getrennte Masse der Blutkörperchen am äussersten Ende der gebrauchten Röhre zusammengepresst wird. Ein dazu geeigneter «Haematokrit» wurde 1890 von Hedin im Scand. Arch. f. Phys. beschrieben und besteht aus einem Centrifugalapparat, dessen rotirende Querbalken zwei graduirte Capillarröhrchen für das zu gleichen Theilen mit Müller'scher, die Coagulation hindernder, Flüssigkeit gemischte Blut aufnehmen. Wird nun 6—8 Minuten lang, mit einer Geschwindigkeit von etwa 100 Umdrehungen in der Min., centrifugirt, so sind am centrifugalen Ende des mit 50 Theilstrichen versehenen Röhrchen alle Blutkörperchen angesammelt und hat man nur mit einer Loupe die Anzahl der Striche abzulesen. 10 Theilstr. bedeuten dann, da (wegen der Verdünnung und der Eintheilung in nur 50 Theile) mit 4 multiplicirt werden muss, 40 Volumprocente roth. Blutkörperchen; 1 Vol.-pCt. entspricht nach Hedin 98,000, nach Doland (Fortschr. der Medic. 1891 Nr. 20) 99,390 und nach Verf. 101,358, durchschnittlich also etwa 100,000 rothen Blutkörperchen im Ccm. Blut. N. hat nun in der Immermann'schen Klinik zu Basel, wo der, von Hilding Sandström in Lund für Fr. 95 zu beziehende, Apparat angeschafft worden ist, Versuche an 6 Gesunden und 20 Kranken gemacht und die Ergebnisse des Haematokriten jeweilen durch Zeiss-Thoma'sche Zählungen controllirt. Es ergab sich dabei, dass die Bestimmungen mittelst des Haematokriten mindestens denjenigen mittelst des Zeiss-Thoma'schen Zählungsapparates gleichzustellen, wenn nicht vorzuziehen sind, jedenfalls aber die resp. Blutuntersuchungen schneller und müheloser ausgeführt werden können. Nach dem Centrifugiren sieht man am centripetalen Ende noch eine, mehr oder weniger breite, helle Schicht, welche Hedin für die weissen Blutkörperchen hält; N. hat sich bisher über die Richtigkeit dieser Auffassung noch kein Urtheil bilden können und schien wenigstens in einem Falle von Leukämie die Breite der weissen Schicht nicht besonders der wirklichen, durch Zählung gefundenen Menge der weissen Blutkörperchen zu entsprechen. Fremmert.

P. J. Möbius: Ueber die Basedow'sche Krankheit. (Deut. Zeitschr. für Nervenheilkunde I. Bd. XVII).

M. stellt in dankenswerther Weise die in der Litteratur zerstreuten Beobachtungen, welche an Patienten mit Basedow'scher Krankheit gemacht wurden, zusammen.

1. An den Augen beobachtet man Exophthalmus, ungewöhnliche Grösse der Lidspalte (Stellwag's Zeichen), Zurückbleiben des oberen Augenlides (Graefe's Zeichen). Insufficienz der Convergenz, häufig Augenmuskellähmungen intracerebralen Charakters, einen schnellschlägigen Tremor der Augenlider und Nystagmus.

2. Von Seiten des Herzens und der Blutgefässe zeigen sich Herz- und Arterienklopfen, Beschleunigung der Herzaction, systol. Herzgeräusche an der Basis des Herzens, Herzschwäche und Angina pectoris.

3. Die Kropfbildung kann bisweilen jahrelang den übrigen Krankheitssymptomen vorausgehen.

4. Die Haut zeigt Widerstandsverminderung gegen den elektr. Strom (Vigouroux), Vitiligo, Pigmentflecken, Urticaria, Bronzefärbung (Schleimhäute frei), Röthe, vermehrte Schweissabsonderung, Ausfallen der Haare und Oedeme der unteren Körperhälfte mit schwacher Betheiligung der Füsse.

5. Vermehrung der Athemzüge und Husten, geringe Erweiterung des Brustkastens bei der Einathmung, schmerzlose Durchfälle ohne nachweisbare Ursache, Erbrechen, Heisshunger, Icterus, Darmatonie und Amenorrhoe.

6. Fieber wird oft und zwar in allen Stadien der Krankheit beobachtet, dasselbe präsentirt sich entweder als Ephemera oder ist remittirend resp. intermittirend; ferner bestehen Anaemie, Hinfälligkeit und Abmagerung.

7. Von nervösen Erscheinungen sind Zittern, Paraplegie, Crampi, Muskelschwund und geistige Störungen beobachtet worden.

8. Complicirt ist die B. K. bisweilen mit Epilepsie, Hysterie, Paralysis agitans, Glykosurie, Polyurie, Tabes, Myxoedem oder Syringomyelie.

9. Hinsichtlich der Häufigkeit der einzelnen Symptome wird Herzklopfen und Struma niemals vermisst; Blässe, Abmagerung, Zittern, Stellwag's Zeichen und vermehrte Hautfeuchtigkeit fehlen so gut wie nie; Graefe's Zeichen, Schlaflosigkeit, leichte seelische Veränderungen und Hitzegefühl sind sehr häufig; Veränderungen des Hautpigments, Durchfall, Erbrechen, Insufficienz der Convergenz und Beschleunigung der Athmung sind häufig. Vorwiegend erkranken weibliche Individuen und es bevorzugt die Krankheit das mittlere Lebensalter. In aetiologischer Beziehung kommen an erster Stelle angeborene Anlage und nervöse Belastung in Betracht, dann werden auch vorausgehender Rheumatismus, Bräune, Influenza, kühle Witterung und Trauma genannt.

Der Verlauf ist sehr wechselnd, häufig sind Remissionen, Heilungen dagegen fraglich.

10. Die pathol. Anatomie hat die Annahme einer Erkrankung des Sympathicus als Ursache der Krankheit widerlegt (Ranvier). Einige Mal sind flächenhafte Blutungen am Boden des IV. Ventrikels, häufig entweder Reste der Thymusdrüse oder gar eine Vergrösserung derselben und geschwollene Lymphdrüsen gefunden worden bei im Uebrigen ziemlich normalen Verhältnissen.

11. In therapeutischer Beziehung sind ausser Medicamenten (Eisen, Arsen, Belladonna, Bromsalze etc.), die elektrische Behandlung, Wasserapplicationen und die Strumaoperation zu nennen; bezüglich der Kropfexstirpation spricht Lemke den Satz aus: «Kranke mit Morbus Basedowii gehören nicht auf die innere, sondern auf die chirurgische Abtheilung». Verf. kommt hinsichtlich der Aetiologie des Morbus Basedowii zum Schluss, dass die nächste Ursache wahrscheinlich eine krankhaft veränderte Thätigkeit der Schilddrüse sei, wobei er sich auf die Aehnlichkeit resp. Gegensätzlichkeit stützt, welche zwischen dieser Krankheit einerseits und der Cachexia strumipriva, dem Myxödem und dem Cretinismus andererseits besteht. Die Ursache der primären Schilddrüsenerkrankung vermuthet M. in einer Giftwirkung. Kusick (Reval).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Carl Laker: Die Heilerfolge der inneren Schleimhautmassage bei den chronischen Erkrankungen der Nase, des Rachens, des Ohres und des Kehlkopfes. Mit 14 Abbildungen. Graz. Leuschner und Lubensky. 1892.

Verf. empfiehlt bei Behandlung obiger Krankheiten ein Verfahren, das von M. Braun (Triest) erdacht, von ihm modificirt und Vibrationsmassage benannt worden ist. Mittelst einer Sonde, deren Kopf mit Watte umwickelt und in eine 10%-tige Cocainlösung, eine 2—8%-tige Mentholsalbe oder dergl. getaucht ist, wird sie ausgeführt. Der Oberarm liegt fest am Thorax an, der Unterarm ist frei. Mit ihm und der

Hand werden vibrirende Bewegungen von 600 bis 2000 in der Minute ausgeführt. In dieser Weise werden alle pathologischen Veränderungen in der Nase, dem Rachen, dem Nasenrachenraume (Tubenostien) und Kehlkopf (in den letzteren Fällen ist die Sonde dementsprechend gebogen), die unter dem Namen des chronischen (hypertrophischen, atrophischen) Katarrhs bekannt sind, sogar nicht ausgenommen Polypen, in einer Minuten langen Séance stossend gerieben und behandelt. Selbst eitrige Rhinitiden hat Verf. in dieser Weise behandelt. Ja noch mehr, bei Geschwürsbildungen an den Stimmbändern oder im subglottealen Raume, empfiehlt sich die Massage um tuberculöse Ulcera (des Kehlkopfes) gelangen zu oberflächlicher Heilung. Verf erklärt sich das folgendermaassen. «Durch die Massage werden in dem Mutterboden des Geschwürs normale Circulationsverhältnisse geschaffen, und dasselbe heilt spontan, unbeschadet des Insults, welchen die Vibrationsstösse auf dem Geschwüre selbst bedeuten».

Geringe Blutungen traten, aber durchaus nicht immer, auf, lassen sich jedoch leicht stillen und haben keine wesentlichen Folgen. Bezüglich des subjectiven Befindens der Pat. dabei äussert sich Verf. folgendermassen: «Gewöhnlich dauern die durch die Vibrationsbewegung erzeugten Unlustgefühle nur so lange an, als man vibrirt. In der Regel tritt sofort oder kurze Zeit nach dem Aufhören der Vibrationen ein vor der Behandlung nicht vorhanden gewesenes Lustgefühl auf und wiederholt verschwinden dabei pathologische Reflexe, wie mit einem Schlage. — Bei allen Patienten nimmt in kurzer Zeit die bei jeder Sitzung auftretende unangenehme Empfindung von Tag zu Tag ab und kann man das Eintreffen dieses Verhaltens Jedem mit Sicherheit im Voraus versprechen».

Dauer der Behandlung durchschnittlich 3 Wochen. Zuerst jeden 2., dann jeden 3. Tag u. s. w. eine Sitzung. Ueber die Dauer der Heilung ist bei der Kürze der Zeit noch wenig zu sagen, jedenfalls seien in den schwersten Fällen nach $^3/_4$ Jahren keine Recidive erfolgt. Als Beweismaterial folgt eine Casuistik von 33 Fällen, die alle (Ref. kann nur sagen glänzend) geheilt oder gebessert sind. Das Letztere, wo die Pat. die Cur abbrechen mussten.

Im Schlussworte übergiebt Verf. «nur mit Bangen» sein Werk der Oeffentlichkeit, ist sich mancher Mängel bewusst, hofft auf die Nachprüfung und Mitarbeiterschaft der Collegen und verspricht sich doch r e c h t viel, wenn er im Schlusspassus sagt: «Mögen die hier niedergelegten Forschungsresultate nur als erste Bausteine zu einem künftigen, grossen Umbaue aufgefasst werden». Neumann.

Protokolle
der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1180. Sitzung am 15. April 1892.

Anwesend 47 ordentl. Mitglieder und 14 Gäste.

1. Dr. Mandelstamm demonstrirt einen Patienten, der an Iridodialysis leidet.

2. Dr. A. Bergmann demonstrirt einen Pat., dem er vor einiger Zeit mittelst Sectio alta einen enormen Blasenstein entfernte (cf. Prot. der 1174. Sitzung). Die Technik der Operation anbetreffend, berichtet Redner auf Dr. Bergs Anfrage, dass er die Wunde bis in den unteren Winkel genäht habe, dort aber wegen gequetschter Wundränder ein Drain einführte. Die Nähte hielten allerdings nicht lange; als sie sich lösten, war jedoch Granulationsbildung da und Harninfiltration trat nicht ein.

3. Dr. Voss hält seinen angekündigten Vortrag:

«Ueber chirurgische Eingriffe bei Ohrenkrankheiten».

An der Hand sehr instructiver Tafeln recapitulirt Vortr. die Anatomie und Topographie des Mittelohrs und seiner Umgebung, bespricht die Reihe der acuten und chronischen Mittelohrerkrankungen mit ihren eventuellen Consecutiverscheinungen sowie die hierbei in Betracht kommenden Operationen nebst deren Indication und Technik. Vortr. berichtet schliesslich eingehend über einen von ihm mit glücklichem Erfolge operirten Fall von Sinusthrombose, welchen er auf der vorigen Sitzung der Gesellschaft vorstellte. Der Fall gelangt demnächst in extenso zur Veröffentlichung.

Dr. Bergmann macht, in Anknüpfung daran, dass Dr. Voss unter den Symptomen der Osteomyelitis in der Umgebung des Ohres hohes Fieber genannt, darauf aufmerksam, dass auch am Schädel eine Art der Osteomyelitis beobachtet werde, die als schleichender destructiver Process ohne Fieber verläuft; um die Perfidie dieser Fälle noch zu erhöhen, findet sich dabei in der Regel keine scharfe Abgrenzung, was wohl dazu Veranlassung geben kann, in solchen Fällen besonders ausgiebig zu operiren. Dr. Bergmann fragt ferner an, ob schon ein Fall bekannt sei von operativ geheilter Sinusthrombose, wenn, wie bei Dr. Voss Patientin, der Eingriff bei bereits bestehenden Metastasen in Gelenken vorgenommen werde?

Dr. Voss kennt auch die vom Vorredner beschriebene Form der Osteomyelitis; er hat nicht so verstanden werden wollen, als sei hohes Fieber ein ausnahmsloses Symptom derselben. Ueber operativ geheilte Sinusthrombosen finden sich mehrfach Berichte in der Litteratur; ob ein Fall mit bereits bestehenden Gelenkmetastasen geheilt worden, sei ihm bis dato nicht bekannt.

Dr. K r a n n h a l s: die verschiedene Prognose für das Ausheilen von Metastasen müsse doch wohl auch abhängig sein von der Eigenschaft der Eitererreger, die der Ausgangsherd beherbergt. Seines Wissens habe man im Mittelohr die ganze Serie der besonderen Eitererreger, aber auch den Pneumoniecoccus u. a. gefunden. Nun scheine es ihm einleuchtend, dass ein besonders maligner Eitererreger, wie z. B. der pyogenes albus, auch maligne Metastasen hervorrufen wird, während z. B. ein durch Embolie von Pneumoniecoccen in der Lunge gesetzter Herd doch wohl als leicht heilungsfähig angesehen werden müsse. Auch in metastatisch entzündeten Gelenken sei der Pneumoniecoccus gefunden worden, und verlief dieser Process dann auch relativ gutartig. Von dem Gesichtspunkte aus, dass der Grad der Bösartigkeit von Metastasen sich von vornherein garnicht bestimmen lasse, befürwortet Dr. Krannhals auch die Operation einer Sinusthrombose selbst bei bestehenden Metastasen, statt die Fälle ihrem sonst sicher letalen Verlauf zu überlassen.

4. Dr. Weinberg verliest seinen angekündigten Vortrag:

«Ueber die Möglichkeit günstigen Verlaufs des Carcinoma ventriculi».

Vortr. beobachtete eine 76jährige Frau, welche, seit einem halben Jahre krank, die allgemeinen Erscheinungen vorgeschrittener Krebskachexie und in der Magengegend einen scharf abgrenzbaren höckrigen Tumor darbot; Kaffeesatzähnliche Massen werden erbrochen, Schmerzen in der Magengegend. Nach achtmonatlicher Behandlung mit Sol. arsen. Fowl. sind die allgemeinen Krankheitserscheinungen und der Tumor geschwunden und ist die Genesung eine dauernde, wie weitere $^3/_4$jährige Beobachtung lehrt. Wenn Vortr. auch zugiebt, dass das Magencarcinom nicht absolut sicher nachgewiesen ist, so spreche doch die höchste Wahrscheinlichkeit für die Richtigkeit der Diagnose. Unter Hinweis auf die eminente Seltenheit des günstigen Verlaufs solcher Fälle, wofür sich in der Litteratur nur spärliche Belege finden, giebt Vortr. die Theorie der Heilung des Magencarcinoms nach Dittrich, Perls und Niemeyer und erklärt schliesslich die Anwendung des Arsens hier deshalb für indicirt, weil es die Fähigkeit besitze, fettige Degeneration hervorzurufen, zu welcher Metamorphose nach Perls dem Carcinom in jedem Falle disposition innewohnt.

Dr. Hampeln bestätigt die grosse Seltenheit solcher Fälle, da er im Laufe langer Jahre auch im allgemeinen Krankenhause nicht einen ähnlichen Fall gesehen.

Skeptisch werde man ja solchen Fällen stets gegenüberstehen, wie es auch Dr. Weinberg gethan, weil die Existenz eines Carcinoms nicht absolut sicher erwiesen ist. Die anscheinend charakteristische Kachexie, Erbrechen kaffeesatzähnlicher Massen und die andern Erscheinungen kommen schliesslich in seltenen Ausnahmefällen auch bei anderen Erkrankungen vor. Selbst wenn die Abwesenheit von Salzsäure im Magensaft nachgewiesen worden wäre, was nicht geschehen, hätte auch dies nicht die Diagnose absolut sicher gestellt, während ein positiver Salzsäurebefund gegen Krebs verwerthbar gewesen wäre. Es sei wiederholt aus dem Umstande, dass ein Tumor mit der Zeit verschwand, der Schluss gezogen worden, dass die Diagnose Magenkrebs falsch war; immerhin könne als möglich angesehen werden, dass grade letztere Annahme den Irrthum darstellt. Auffallend ist Dr. Hampeln ferner das relativ rasche Schwinden des Tumors.

Nachdem Dr. Weinberg nochmals für seine Diagnose eingetreten und auch dessen erwähnt, dass Patient bis jetzt Lymphdrüsenschwellung in der Inguinal- und Jugulargegend aufweise, was vielleicht ein Recidiv fürchten lasse — was Dr. Hampeln hingegen nicht zugeben kann — berichtet Dr. Deubner über einen Patienten mit Magencarcinom im Endstadium, dessen Tumor plötzlich verschwand und bei wiederholter Untersuchung bis zum Tode nicht wieder palpirt werden konnte. Erst bei der Section konnte man sich davon überzeugen, dass der Tumor persistirte und hinter dem Rippenbogen lag.

Dr. Rulle will in einem Falle von Magencarcinom unter Behandlung mit Infusum Condurango allmähliche Abnahme des Tumors und Genesung beobachtet haben. Auch andre Erfahrungen veranlassen ihn an eine specifische Contactwirkung des Condurangoinfuus gegen Carcinom zu glauben.

1181. Sitzung am 6. Mai 1892.

Anwesend 46 ordentl. Mitglieder und 11 Gäste.

In Abwesenheit des Präses übernimmt als ältestes Mitglied unter den Anwesenden Dr. Petersenn das Präsidium.

1. In einigen warmen Worten gedenkt der Vorsitzende des

herben Verlustes den die Gesellschaft durch den am 29. April erfolgten Tod ihres ordentlichen Mitgliedes, des Stadtarztes Dr. Friedrich Schultz, erlitten. Die Gesellschaft ehrt das Andenken des Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen.

2. Dr. A. Bergmann demonstrirt einen jugendlichen Patienten, dem er am 1. April wegen Caries sicca ein Schultergelenk resecirte und der jetzt ein vorzügliches functionelles Resultat aufweist.

3. Dr. A. Bergmann demonstrirt ein Präparat, welches er bei der Resection eines Coecumcarcinoms bei einem 60-jährigen Manne gewonnen. Darmnaht auf der vorderen Seite nach Czerny-Lambert, auf der hinteren nach Spencer-Wells. Die drei ersten Tage nach der Operation verliefen ungestört, am 4. Tage Begian peritonitischer Erscheinungen, Tod am 6. Tage. Die Section ergab, dass trotz der Spencer-Wells'schen Naht an der hinteren Seite Gangraen des Darms eingetreten war. Redner hält wegen der Häufigkeit grade dieses Unglücksfalles die Frage für erwägenswerth, ob man nicht gut thue in jedem Falle von der Lumbalgegend her das Operationsgebiet zu eröffnen und dann provisorisch durch Tamponade zu schliessen, um sich für alle Fälle den Rückhalt einer ungefährlichen Kothfistel zu sichern.

Dr. Wolfram macht auf eine Methode aufmerksam, die er Prof. Mikulicz namentlich bei Pylorusresection hat üben sehen: M. hüllte die operirte Stelle völlig in Jodoformgaze ein, und entfernte letztere erst nach 7–8 Tagen. Etwaige Gangraen der Nahtstelle lässt sich so entdecken und unschädlich machen, bevor sie deletär gewirkt.

Dr. Klemm dagegen berichtet, dass Mikulicz von seiner Methode die Bauchhöhle zu tamponiren, bereits abgekommen ist, weil sie ihn nicht vor Peritonitis geschützt hat. Beachtenswerther scheine der von französischer Seite erfolgte Vorschlag, das Operationsgebiet mehrere Tage lang ausserhalb der Bauchhöhle zu belassen.

4. Dr. Mercklin kündigt für die nächste Sitzung einen Vortrag über den gegenwärtigen Stand der Forschungen über die Paranoia an und demonstrirt als Einleitung einen 54jährigen Patienten, der seit 18 Jahren an Paranoia leidet. Ausgebildetes Wahnsystem, Verfolgungs- und Grössenvorstellungen. Es ist kein Verfall der Intelligenz zu bemerken. Von den einzelnen Krankheitselementen werden auch die Erinnerungsfälschungen hervorgehoben.

5. Dr. Dahlfeldt hält seinen angekündigten Vortrag:

«Ueber die operative Behandlung hochgradiger Myopie»

Vortr. berichtet über die günstigen Resultate, welche Fukala und Schröder durch Discision der ungetrübten Linse jugendlicher Individuen mit hochgradiger Myopie erzielt haben. Wenn er die Operation auch nicht für absolut gefahrlos ansehen könne, so halte er sie dennoch für berechtigt, da dieselbe das einzige Mittel sei, den bedauernswerthen Individuen mit hochgradiger Myopie zu helfen. Zum Beleg seiner Ausführungen stellt Vortr. einen mit Erfolg operirten Fall vor. Derselbe wird anderweitig publicirt werden.

Zum Schluss macht Dr. Wolfram den Collegen die Mittheilung, dass er eine Privatklinik eröffnet habe und empfiehlt sie geneigter Berücksichtigung.

z. Z. Secretär: Heerwagen.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Reynolds (Brit. Med. Journal) empfiehlt bei beginnendem Coma diabeticum folgende Behandlungsmethode. Zunächst ein Abführmittel, Aufgeben der strengen Diabetesdiät und grosse Dosen Natr. citric. (stündl. gr.xx) neben grossen Mengen von Flüssigkeit in Form von Milch, Limonade, Thee, Wasser etc. (innerhalb 12 Stunden wenigstens eine Gallone=4,5 Liter). Anzeichen des herannahenden Coma diab. sind: Allgemeines Schwächegefühl, leichte Schlafsucht, Schmerz im linken Hypochondrium, angestrengte Athmung, verlängerte Exspiration, verminderte Ausscheidung von Zucker, Albuminurie und Acetonreaction des Urins.

— Van Hook machte bei einer Dame von 32 Jahren, bei der am siebenten Tage eines Typhusrecidivs Darmperforation eintrat die Laparotomie. In der Abdominalhöhle fanden sich reichliche Mengen flüssiger Faecalmassen neben Zeichen allgemeiner Peritonitis. Die unregelmässig-rundliche Perforationsstelle von 2 Mm. im Durchmesser wurde mit 3 Lembert-Nähten geschlossen, die Abdominalhöhle mit sterilisirtem Wasser ausgewaschen und ein Drain aus dem unteren Wundwinkel ins Cavum Douglasii geleitet. Heilung.

(Philadelphia Medical News).

— In der Sitzung der Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten zu Berlin (14 December 1891) theilte Prof. Jolly die Erfahrungen mit, welche mit einem neuen Derivat des Thymols, dem Thymacetin gemacht wurden. Diese Substanz steht zum Thymol in demselben Verhältnisse, wie Phenacetin zu Phenol. Es ist ein weisses, in Wasser nur wenig lösliches Pulver und ist in Dosen von 2 Gramm beim Hunde nicht giftig. In Dosen von 0,25—1,0 bewirkte es bei nervösen Kopfschmerzen mehrfach sichtbare Linderung. In einigen Fällen erzeugte es Congestionen nach dem Kopfe, in anderen trat Schläfrigkeit und Schlaf ein. Unter 26 Patienten, meist Paralytiker und Deliranten, wirkte es bei 16 hypnotisch, bei 10 Kranken trat diese Wirkung nicht ein.

(Therap. Monatsh. Nr. 3. 1892).

— Laborde glaubt gefunden zu haben, dass Strontiansalze auf die Bandwurmkeime eine ganz besonders zerstörende Wirkung ausüben. Die Anwendung dieser Salze hat bereits bei Hunden und auch beim Menschen sehr günstige Resultate ergeben.

Sitzungsber. der Académie de Médecine (Paris).

— Auerbach hat Acidum hyperosmicum in einem Falle von grossem Struma mit gutem Erfolge angewandt. Täglich wurden parenchymatöse Injectionen (1 Ccm. einer 07,5 pCt. Lösung) applicirt. (Therap. Monatsh. April 1892).

Vermischtes.

— Mit dem Beginn des nächsten Lehrjahres wird an der Universität Tomsk der 5. Cursus in der medicinischen Facultät eröffnet werden. Zum Professor auf dem Lehrstuhl der Geistes- und Nervenkrankheiten an der dortigen Universität wird der Privatdocent der militär-medicinischen Academie, Dr. J. A. Anfimow, welcher gegenwärtig als jüngerer Arzt an der psychiatrischen Klinik des Prof. Mierzejewski fungirt, ernannt werden. Ebenso soll für den Lehrstuhl der speciellen Pathologie und Therapie in Tomsk ein Privatdocent der militär-medicinischen Academie in Aussicht genommen sein.

— Das St. Petersburger Stadtamt hat der Duma den Vorschlag gemacht, dem Oberarzt des städtischen Kalinkinhospitals, Dr. J. A. Majew, welcher erst seit einigen Monaten diesen Posten bekleidet, die Gage auf 2000 Rbl. jährlich zu erhöhen, da die gegenwärtige, im Jahre 1840 bestimmte Gage vollkommen unzureichend ist. Von einer Aufbesserung der kärglichen Gehälter der übrige Aerzte des Hospitals scheint noch keine Rede zu sein.

— Verstorben: 1) In Schadrinsk (Gouv. Perm) am 9. Mai der dortige Kreisarzt, P. J. Ssorokin, an einem Gehirntumor. Nach Absolvirung des Cursus in Kasan in den 60ger Jahren war der Hingeschiedene lange Zeit Fabrikarzt, musste jedoch wegen auftretender Geisteskrankheit seinen Dienst aufgeben. Nachdem er von dieser Krankheit wieder hergestellt war, wurde er Kreisarzt in Schadrinsk. 2) In Semenow (Gouv. Nishni-Nowgorod) der Student der militär-medicinischen Academie Tarassow, welcher in der Eigenschaft eines Sanitars an der Bekämpfung der Epidemien in den von der Hungersnoth heimgesuchten Gegenden theilnahm, am Flecktyphus. 3) Am 13. Juni n. St. in Dresden der Generalarzt I. Classe des Königl. sächsischen Armeecorps (mit dem Range eines Generalmajors) Dr. Wilh. Aug. Roth, in hohem Alter. Der Hingeschiedene bekleidete ausserdem die Stellung des Vicepräsidenten des sächsischen Landes-Medicinalcollegiums, des Vorstandes der Sanitätsdirection, sowie eines Honorarprofessors am Polytechnikum in Dresden und ist vielfach, namentlich auf dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens, literärisch thätig gewesen. Am bekanntesten sind sein Handbuch der Militär-Gesundheitspflege und der von ihm herausgegebene Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens. 4) Am 16. Juni n. St. der rühmlichst bekannte Pädiater Dr. Rudolf Demme, Professor der Kinderheilkunde und Pharmakologie an der Universität Bern. Der Verstorbene hat sich als Arzt und Forscher, besonders auf dem Gebiet der Kinderkrankheiten, einen Weltruf erworben.

— Der berühmte Physiker Professor Dr. med. F. v. Helmholtz in Berlin ist von der französischen Academie der Wissenschaften, deren correspondirendes Mitglied er schon lange war, an Stelle des Kaisers Dom Pedro von Brasilien, mit 28 gegen 19 Stimmen, welcher für van Benedent abgegeben wurden, zum auswärtigen Mitgliede der Academie gewählt worden.

— Die Academie der Wissenschaften in Stockholm hat den Professor der Anatomie Dr. Wilh. His in Leipzig zu ihrem auswärtigen Mitgliede gewählt.

— In Breslau ist am 1. Juni beim dortigen Allerheiligen-Hospital eine Abtheilung für Ohrenkranke eröffnet, welche gemäss den Bestimmungen des verst. Dr. Ludwig Jacoby aus den von ihm zu diesem Zweck hergegebenen Mitteln eingerichtet worden ist. Die Leitung des Instituts ist dem Ohrenarzte Dr. Oskar Brieger übertragen worden.

— Da in den Sommermonaten mehrere grosse geburtshilfliche Anstalten in St. Petersburg, wie das Roshdestwenski- und das Helenen-Institut, sowie einige städtische Gebärasyle der Remonten wegen geschlossen sind, so wandte sich die städtische Sanitäts-Comission an die militär-medicinische Academie mit

der Bitte, an der Academie für die Sommermonate eine temporäre geburtshilfliche Station mit 40 Betten einzurichten. Mit Genehmigung des Kriegsministers hat nun die Academie in der Klinik des Prof. Slawjanski eine geburtshilfliche Station eröffnet. Ausserdem beabsichtigt die städtische Sanitätscomission noch bei dem Roshdestwenski Baracken-Hospital ein kleines Gebärasyl einzurichten.

— Die militär-medicinische Academie macht bekannt, dass Stotternde nicht in die Zahl der Studirenden der Academie aufgenommen werden.

— Das Ministerium der Wegecommunication hat neuerdings den Aerzten und den bei ihnen befindlichen Feldschern gestattet, falls sie in gerichtlich-medicinischen und medicinisch-polizeilichen Angelegenheiten reisen, auf allen Eisenbahnlinien gegen Zahlung nach dem billigeren Tarif und unter denselben Bedingungen, welche für die Fahrten der Polizeichargen bereits gelten, unbehindert zu fahren. Sie erhalten somit das Recht, nicht nur in den für das Eisenbahnpersonal bestimmten Abtheilungen aller Passagier-, Güter- und Dienst-Züge, sondern auch auf den Tendern der ohne Waggons fahrenden Locomotiven placirt zu werden.

— Die VI. Versammlung der deutschen anatomischen Gesellschaft tagte vom 7.—9. Juni unter zahlreicher Betheiligung deutscher, oesterreichischer und auswärtiger Fachgenossen (aus Petersburg, London, Stockholm, Leyden und Pisa) diesmal zum ersten Mal ausserhalb Deutschlands — in Wien. Der Vorsitzende Prof. His (Leipzig) eröffnete den Congress mit einer Ansprache, in welcher er der in der letzten Zeit Hingeschiedenen, auf dem Gebiete der Anatomie hochverdienten Männer, wie Wilh. Braune, Trélat und Prof. Meynerts mit Worten pïätetvoller Anerkennung gedachte und sodann den anwesenden verdienstvollen Senior der Anatomie, welcher an diesem Tage gerade sein 50jähriges Jubilaum beging, im Namen der Versammlung beglückwünschte. Die Reihe der wissenschaftlichen Versammlungen wurde durch einen Vortrag des Prof. His «über die Entwickelung des Gehirns» eingeleitet.

— (Vom XXI. deutschen Chirurgencongress). An die von uns in der vorigen Nummer dieser Wochenschrift geschilderte Einweihung des Langenbeckhauses schlossen sich nach einer einstündigen Pause die wissenschaftlichen Verhandlungen des Chirurgencongresses, welche mit einem Referate von Prof. Bruns (Tübingen) über eine brennende Tagesfrage, die chirurgische Bedeutung der neuen Feuerwaffen eröffnet wurden. Durch die Verkleinerung des Calibers der neuen Schusswaffen und durch das neue Pulver wird eine Steigerung der Geschwindigkeit der Geschosse und damit zugleich eine grossere Tragweite und Treffsicherheit erreicht. Die Art und Schwere der Verletzungen durch die neuen Geschosse werden in den Kriegen der Zukunft auch eine Aenderung in den Grundsätzen für die Behandlung der Schusswunden nothwendig machen. Ein genaueres Referat über diese Frage behalten wir uns für ein anderes Mal vor. Aus den zahlreichen Vorträgen auf dem Congress wollen wir heute nur noch einen von Eiselsberg (Wien) mitgetheilten Fall von Aktinomykose, in welchem eine Heilung durch Einspritzung des Koch'schen Tuberkulins erzielt wurde und einen interessanten Vortrag des Dr. Cramer (Wiesbaden) über chirurgische Heilung eines Falles von Lepra hervorheben. Es handelte sich um einen 40jährigen Patienten, der aus Westfalen stammte und 4 Jahre lang in Siam unter einer von der Lepra durchseuchten Bevölkerung gelebt hatte. Die für die Lepra charakteristische Nervenaffection sass am linken Arm, den der Kranke nicht zu gebrauchen im Stande war. Oberhalb des Ellbogengelenks sassen zwei haselnussgrosse Knoten. Beim Aufschneiden, das behufs mikroskopischer Untersuchung vorgenommen werden sollte, fand sich darin eine weiche käsige Masse, die sich durch die ganze Länge des Nerven, an dem die Knoten sassen, erstreckte. Ebenso fand sie sich noch an zwei anderen Nerven des Armes. Sie wurden deshalb gespalten und ausgekratzt, verheilten in kurzer Zeit und Patient hat die vollkommene Gebrauchsfähigkeit seines Armes wiedererlangt. In der ausgekratzten weichen Masse konnten Leprabacillen nachgewiesen werden.

Zum Vorsitzenden für das nächste Jahr wurde Prof. König (Göttingen) mit 137 Stimmen gewählt. Die nächstgrösste Zahl von Stimmen (82) erhielt Prof. v. Esmarch (Kiel). Der bisherige Ausschuss wurde per acclamationem wieder gewählt.

Mit dem Congress war in den Nebenräumen des Langenbeckhauses eine Ausstellung chirurg. Geräthe, Apparate etc. verbunden, welche bei der Geräumigkeit der zahlreichen Nebensäle diesmal weit grossartiger gestaltet werden konnte und für den Fachmann viel Sehenswerthes und Lehrreiches bot. Es waren meisterhafte Collectionen von chirurg. Instrumenten, Apparaten, Bandagen u. s. w. von den namhaftesten Fabrikanten der betreff. Industriezweige ausgestellt. Neben diesen Gegenständen, die ein treues Abbild der hohen Leistungsfähigkeit der modernen Technik darboten, verdienen die Ausstellungen einiger Kliniken und Aerzte besondere Beachtung. So war z. B. aus der Sammlung der chirurgischen Universitätsklinik in Berlin der Instrumentenkasten B. v. Langenbeck's ausgestellt, den er in den Feldzügen 1864, 66 und 1870 gebraucht hat, ferner eine Kugelsammlung Prof. v. Bergmann's aus dem letzten russisch-türkischen Kriege, Präparaten-Sammlung Prof. v. Bergmann's und Prof. Helferich's (Greifswald) u. s. w. welche die allgemeine Aufmerksamkeit auf sich zogen. Bf.

— Der grösste Theil der russischen medicinischen Literatur erscheint in St. Petersburg. Wie sehr dieselbe in den letzten 16 Jahren gewachsen ist, zeigt die folgende Uebersicht der in St. Petersburg zur Ausgabe gelangten Journale und Monographien. Von ersteren erschienen im Jahre 1875 nur folgende: 1. Военно-медиц. журналъ. 2. Сборникъ судебной медицины. 3. Архивъ ветеринарныхъ наукъ. 4. St. Petersburger med. Wochenschrift. 5. Pharmaceutische Zeitschrift für Russland. 6. Журналъ С.-Петерб. врачей гомеопатовъ. 7. Медиц. вѣстникъ. 8. Журналъ нормальной, патологической гистологiи и клинической медицины.

Dagegen erscheinen seit dem 1. Januar 1892 bereits 33 Journale und zwar folgende: 1. Военно-медиц. журналъ и прибавленiя къ нему. 2. Морской сборникъ медицины и прибавленiя къ нему. 3. Вѣстникъ общ. гигiены и судебной медицины. 4. Архивъ ветерин. наукъ и прибавл. 5. Русская медицина. 6. Врачъ. 7. Медицина. 8. St. Petersb. med. Wochenschrift. 9. Pharmaceutische Zeitschrift für Russland. 10. Фармацевтическiй журналъ. 11. Больничная газета Боткина. 12. Листокъ нормальной столовой. 13. Хирургическiй вѣстникъ. 14. Зубоврачебный вѣстникъ. 15 Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней, 16. Протоколы и труды общ. русскихъ врачей. 17. Международная клиника. 18. Практическая медицина и прибав. 19. Ветеринарное дѣло. 20. Вѣстникъ общественной ветеринарiи. 21. Санитарное дѣло. 22. Гомеопатическiй вѣстникъ. 23. Врачъ гомеопатъ. 24. Фельдшеръ. 25. Библiографическiй указатель русской медиц. литературы. 26. Журналъ акушерско-гинекологическiй. 27. Гигiэя; охраненiе и востановленiе здоровья гигiеною, климатомъ и водами. 28. Клиническая газета. 29. Журналъ русск. общ. охраненiя народнаго здравiя. 30. Наша пища. 31. Труды общ. дѣтскихъ врачей въ С.-Петерб. 32. Вѣстникъ правленiя 5. съѣзда русск. врачей въ память Пирогова. 33. Вѣстникъ клинической и судебной психiатрiи.

Die medicinischen Monographien haben nicht weniger zugenommen und vertheilen sich folgendermaassen auf die Jahre 1877 bis 1892:

1877	erschienen	34	1885	erschienen	90
1878	»	33	1886	»	119
1879	»	47	1887	»	81
1880	»	46	1888	»	146
1881	»	46	1889	»	198
1882	»	54	1890	»	254
1883	»	44	1891	»	324.
1884	»	81			

Hieraus ist ersichtlich, wie die Zahl der medic. Separatwerke besonders in den letzten 8 Jahren eine rasche Zunahme erfahren hat. Dr. J. Dedjulin.

— In Brüssel hat der Kaufmann Solvay, der bereits ein physiologisches Laboratorium für die Brüsseler Universität auf seine Kosten erbaut hat, neuerdings 500,000 Francs zur Errichtung eines Laboratoriums für medicinische Physik und physiologische Chemie bei der genannten Universität gespendet.

— Der II. internationale Congress der Physiologen wird vom 29.—31. August d. J. in Lüttich tagen. Auskünfte ertheilt Prof. Léon Frédericq, Director des physiologischen Instituts in Lüttich.

— Der IV. internationale Congress gegen den Missbrauch des Alkoholgenusses findet im Haag am 8. September 1892 (n. St.) statt.

— Die Darstellung und der Verkauf des bisher von dem Sanitätsrath Dr. Libbertz bereiteten Tuberculinum Kochii geht vom 1. Juli d. J. ab auf die bekannten Farbwerke vorm. Meister, Lucius und Brüning in Höchst a.-M. über. Die Herstellung wird in derselben Weise wie bisher stattfinden und wird die Prüfung des Mittels auf seine Reinheit und Wirksamkeit noch in Zukunft von Dr. Libbertz, der zu diesem Zweck wieder seinen Wohnsitz nach Frankfurt a. M. verlegt, übernommen, so dass die volle Sicherheit für eine gleichmässige Beschaffenheit des Mittels gewährleistet wird. Das von Prof. Klebs dargestellte «Tuberculocidin» wird ebenfalls in den Höchster Farbwerken, unter Controlle von Prof. Klebs hergestellt.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 7. Juni d. J. 5441 (25 mehr als in der Vorwoche), darunter 294 Typhus — (12 weniger), 527 Syphilis — (6 mehr), 40 Scharlach — (3 weniger), 14 Diphtherie — (5 weniger), 91 Masern — (8 mehr) und 12 Pockenkranke (2 weniger als in der Vorwoche).

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 25 St. Petersburg, 20. Juni (2. Juli) **1892**

Vierter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der vierte Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte findet in **Wenden statt und währt vom 14.—16. September d. Jahres.**

Vorträge, deren Dauer die Zeit von 15 Minuten nicht überschreiten darf, werden die Herren Aerzte ersucht, unter genauer Angabe des Themas und kurzer Wiedergabe des Inhalts baldmöglichst, spätestens aber bis zum 1. August c. bei Unterzeichnetem anzumelden.

Im Namen des Vorstandes:
d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Fellin.

Aus dem St. Petersburger deutschen Alexanderhospital für Männer.

Casuistische. Mittheilungen

von
Dr. H. Westphalen
Prosector.

I. Ein Fall von sog. erworbener Cystenniere des Erwachsenen [1]).

M. H.! In Nr. 1 der Berliner klinischen Wochenschrift dieses Jahres veröffentlicht C. Ewald die Geschichte eines Falles totaler cystischer Degeneration beider Nieren eines Erwachsenen mit Sectionsbericht und schliesst daran eine Discussion über die Symptomatologie, Klinik und Diagnose solcher Krankheitsfälle. Angeregt durch diese Publikation beschäftigt sich Stiller in Nr. 10 und 12 derselben Wochenschrift mit dem gleichen Thema.

Der Zufall hat mir nun vor Kurzem einen analogen Fall in die Hände gespielt und bitte ich um Erlaubniss Ihnen denselben in Kürze mitzutheilen.

Am 22. Januar wurde ich zu einem 47jährigen Herrn J. L. Inhaber eines Confectionsgeschäfts gerufen, welcher mir die Angabe machte dass er seit dem Sommer stark abgemagert sei — sein Körpergewicht, welches im Sommer 280 Pf. betrug sei momentan auf 218 Pf. herabgesunken. Namentlich habe sich aber in den letzten 3 Monaten eine ganz auffallende Mattigkeit und Schwäche bemerkbar gemacht, welche Pat. seit 1 Monat andauernd an das Bett fesselt. Ferner theilte Pat mit, dass er ganz appetitlos geworden sei und jede Speise ihn anwidere.

Oft leide er an Uebelkeit und häufig müsse er unmittelbar nach einer Mahlzeit erbrechen, gleichviel ob er eine schwere Speise genossen hatte oder sich mit einem Glase Thee begnügte.

Das Erbrechen erfolgte auch bisweilen, wenn auch selten am Morgen nüchtern, wobei dann nur reichlicher Schleim entleert wurde. Blut oder schwärzliche Massen sind im Erbrochenen niemals beobachtet worden. Ferner macht Pat. die Mittheilung, dass er häufig an Aufstossen leidet, welches bald vollständig geschmacklos, bald an den Geschmack der soeben genossenen Speise erinnere.

Sodbrennen oder Druckgefühl im Epigastrium bestehen nicht, ebensowenig schlechter Geschmack im Munde am Morgen. Hin und wieder leidet Pat. an Kopfweh, starkem Schlafbedürfniss, leichter Dyspnoe beim Treppensteigen, mässigem Husten mit Schleimexpectoration, sowie Schwierigkeit bei der Harnentleerung, welche übrigens schon seit langer Zeit besteht. Stuhlgang in Ordnung.

Die Anamnese ergab, dass Pat. früher ziemlich reichliche Quantitäten Alkohol genossen hat, nunmehr hatte er aber dem Alkohol ganz entsagt, sei auch ein mässiger Raucher. In ganz jungen Jahren hatte er eine Gonorrhoe durchgemacht, doch machte mir die Frau des Pat. die Angabe, dass ihr Mann vor 4 Jahren an einem weissen Ausflusse aus der Harnröhre gelitten, worauf auch sie selbst an einem schmerzhaften Fluor albus erkrankt sei, welcher von einem Frauenarzt als infectiös bezeichnet wurde. Eine seitens eines Apothekers ausgeführte Harnanalyse, welche mir vorgelegt wurde, gab an, dass im Harn Eiweiss vorhanden sei.

Die flüchtig ausgeführte Untersuchung ergab: Hochgewachsener Mann, vertiefte Lungengrenzen, normale Herzdimensionen, mässiger Bronchialcatarrh, auffallend leise schwache Herztöne bei gleichfalls sehr kleinem nicht frequentem Pulse. Normales Verhalten der Leber und Milz, keine Druckempfindlichkeit des Magens, welcher sich bei Wasseranfüllung als normal gross auswies. Was mir aber an dem Pat. am meisten auffiel, war eine stark belegte rissige trockene Zunge mit gelblichen eingetrockneten Borken und ein eigenthümliches apathisch mürrisches Wesen und eine leichte Benommenheit, mit welcher er auf alle Fragen antwortete.

Ohne mir eine rechte Meinung über den Fall gebildet zu haben ordinirte ich wegen der dyspeptischen Beschwerden,

[1]) Vortrag, gehalten am 14. April 1892 im allgem. Verein St. Petersburger Aerzte.

und um dadurch möglicherweise gleichzeitig einen Hinweis auf die secretorischen Verhältnisse des Magens zu gewinnen HCl, nahm eine Portion des Urins mit und versprach nach einigen Tagen wiederzukommen.

Im Urin fand ich mässigen Albumengehalt, kein Pepton, keinen vermehrten Indicangehalt, keine Cu-reducirende Substanz, keine Diacetessigsäure und kein Aceton. Die Reaction war leicht alkalisch, das spec. Gewicht auffallend niedrig 1007. Im Sediment reichliche mehrkernige Leukocyten, Blasen- und Harnröhrenepithelien, keine Nierenbecken—, Nierenepithelien oder Cylinder, ferner fanden sich reichliche Bacterien und zahlreiche Krystalle von phosphorsaurer Ammoniakmagnesia.

Nach 2 Tagen sah ich den Pat. wieder und erfuhr von ihm, dass er seit dem Gebrauche der HCl keine dyspeptischen Erscheinungen mehr verspürt habe. Im Allgemeinbefinden war keine Aenderung eingetreten, auch die Zunge war dieselbe geblieben, ebenso auch das apathisch mürrische Wesen des Patienten.

Da ich mir über die Diagnose nicht klar war — ich dachte an Alkoholismus, occultes Carcinom, namentlich an chron. Uraemie, wofür mir die meisten Anhaltspuncte gegeben zu sein schienen — so machte ich Pat. den Vorschlag zum Zweck einer exacteren Untersuchung und Diagnosenstellung in das Alexander-Hospital einzutreten.

Hierselbst habe ich am 25. Januar folgenden Status aufgenommen:

Hochgewachsener, nicht schlecht genährt aussehender Mann, keine Cyanose, kein auffallender Grad von Anaemie. In der Haut des Rückens reichliche Aknepusteln oder Narben von solchen. Auf der Brust einige Pityriasisschuppen.

Kein Kopfweh. Apathisch melancholische mürrische Stimmung. Auf Befragen antwortet Pat. langsam, ungern und unwirsch. Pupillen mittelweit, geben prompte Reaction auf Lichteinfall und Accomodation. Keine Paresen, kein Schwindel, sämmtliche Reflexe normal. Niemals Krämpfe.

Thorax leicht fassförmig, Excursionsbreite des Thorax 4 Ctm., Lungengrenzen durchschnittlich 1 JCR. tiefer als normal.

Auscultatorisch hier und da Pfeifen und Giemen, stellenweise etwas verschärftes Vesiculärathmen; keine asthmatischen Beschwerden.

Absolute Herzdämpfung klein, wahre Herzdämpfung annähernd normal. Herzchoc nicht wahrnehmbar. Herztöne auffallend leise, schwer hörbar, rein. Puls klein. Arterien leer. Puls rhythmisch, Frequenz 70. Arteriosklerotische Veränderungen nicht constatirbar.

Appetit nicht vorhanden, dagegen starker Durst. Sämmtliche dyspeptische Beschwerden haben bei HCl-gebrauch aufgehört. Zunge stark belegt, trocken, rissig; kein Foetor ex ore. Epigastrium nicht druckempfindlich, untere Grenze des Magens schwer bestimmbar, anscheinend normal. Bei 2½ Glas Flüssigkeitsinhalt im Magen kein Plätschern. Ausdehnung des hellen tympanitischen Schalles bei Horizontallage oberhalb der Flüssigkeitsschicht normal.

Der Versuch einer Expression des Mageninhaltes scheiterte daran, dass das weiche Schlundrohr im mittlern Drittel des Oesophagus einknickte und eine weitere Einführung der Sonde auf energischen Widerstand des Pat. stiess.

Darm nicht druckempfindlich, täglich normale Stuhlentleerung.

Leber undeutlich palpabel, nicht druckempfindlich, giebt einen Dampfungsbezirk, welcher ca. 1 QF. unter den Rippenbogen herabreicht und augenscheinlich auf tiefen Zwerchfellstand bezogen werden muss.

Milzdämpfung normal.

Nieren nicht palpabel. Die Harnmenge täglich ca. 800 Cbctm., Harn sehr hell und zeigt ein gallertig schleimiges Sediment.

React. alkalisch, spec. Gewicht 1007, Albumen in Spuren, Zucker fehlend, Indican nicht vermehrt, Chloride normal.

Das Sediment besteht, wie schon erwähnt, vorwiegend aus Leukocyten, Blasenepithelien, grossen Mengen phosphorsaurer Ammoniac-Magnesia. Cylinder oder andere Gebilde, welche eine renale Provenienz verrathen würden, wurden trotz eifrigen fast täglichen Suchens nicht gefunden.

Eine genaue Untersuchung der Harnwege, welche von Herrn Dr. Assmuth und Dr. Lackschewitz vorgenommen wurde, ergab: normale Prostata, eine Metallsonde normaler Krümmung Charière 11. dringt bis zu der Blase vor. Dieselbe passirt zunächst in der Pars bulbosa eine Strictur und weiter einige enge Stellen in der Pars prostatica, welche sich durch eine eigenthümlich knirschende Rauhigkeit auszeichneu (Incrustationen? Prostata-Urethrasteine?). Blase frei, keine Concrementbildung in derselben.

Die Katheterisation hatte einen 24stündigen Anstieg der Temperatur zur Folge, sonst war die Temperatur immer normal.

Auf diesen Befund hin wurde die Diagnose folgendermassen formulirt:

Fettherz auf alcoholischer Grundlage, chronischer Bronchialcatarrh, erschwerte Urinentleerung wegen Strictur der Urethra, Cystitis chron., Pyelitis chron.? Resorption von Harnbestandtheilen aus der Blase und Uebertritt derselben in das Blut, wodurch der allgemeine Symptomencomplex, welcher in hohem Grade an das Bild der chronischen Uraemie erinnerte, erklärbar schien.

Jedoch möchte ich hier betonen, dass das Ueberwiegen der Hirnerscheinungen gegenüber den Symptomen seitens des Digestionstractus nach der Darstellung von Assmuth (Petersburger med. Wochenschr. 1886 Nr. 6) mehr für ein Zurückgehaltensein von Nierensecreten in dem Blute sprechen musste, als für eine Resorption des Urins in das Blut zurück.

Daraufhin wurde Pat. auf den Vorschlag von Dr. Assmuth hin einer Milchcur unterworfen und innerlich Borsäure ordinirt und die Darreichung des Acid. muriatic. fortgesetzt. Sollte diese Therapie effectlos bleiben, so wurde an eine Urethrotomie gedacht.

Das Befinden des Pat. verschlimmerte sich ganz wesentlich in den nächsten Tagen, die Zunge wurde immer trockener und rissiger, der Durst nahm zu, es trat starke Agrypnie ein, während die Benommenheit immer hochgradiger wurde, wobei die Respiration gleichzeitig sehr tief, frequent, fast schnarchend wurde.

Am 3. Februar starke Cyanose, kaum fühlbarer Puls. Erbrechen, Schwinden des Bewusstseins, Lungenoedem. Trotz reichlicher Excitantien am Abend desselben Tages Exitus letalis. Am 4. Februar führte ich die Section aus und erlaube mir das Protocoll auszugsweise mitzutheilen.

Peritoneum, Darm, Magen unverändert, das Herz zeigt eine leichte Dilatation des rechten Ventrikels, welche auf Lipomatose seiner Wand zurückzuführen ist. Die Wand des linken Ventrikels trübe, von myokarditischen Bindegewebszügen durchsetzt. Die Muskelfasern frisch untersucht zeigten deutliche albuminöse Trübung, aber nur spurenhafte fettige Degeneration.

Lungen oedematös, mucös purulente Bronchitis.

Die Leber bis auf die Anwesenheit auffallend zahlreicher klarer dünnwandiger Cysten, die zwischen der Grösse eines Stecknadelkopfes und einer Haselnuss schwanken, unverändert.

Mikroskopisch Andeutung von Fettinfiltration der Leberzellen.

Milz, Pankreas, Nebennieren unverändert.

Leichtes Atherom und Sclerose der Aorta und der Coronararterien des Herzens.

Interessant war der Befund an den Nieren. Beide Organe boten die gleichen Veränderungen dar und erinnerten in ihrem Aussehen stark an das Bild einer Weintraube. Mässig vergrössert erschienen die Nieren in ein Conglomerat kleiner nur eben wahrnehmbarer bis taubeneigrosser Cysten umgewandelt, welche häufig so zartwandig waren, dass die Trennung der Fettkapsel nur mit Einriss der einen oder der andern Cyste möglich war.

Diese Cysten waren theils mit einer klaren urinähnlichen Flüssigkeit gefüllt, an andern erschien wiederum der Inhalt trübe chocoladenartig, oft haemorhagisch, wieder andere Cysten boten einen colloiden Charakter dar und einzelne von ihnen stellten Hohlräume vor, welche mit einer schmutzig braunen körnigen Masse gefüllt waren. Die Wand der Cysten ist glatt, bindegewebig, zeigt mehrfach Septa, welche darauf hinweisen, dass solche Cysten durch Confluenz mehrerer kleinerer Hohlräume entstanden sind. Auf dem Durchschnitte dasselbe Bild, von normalem Nierengewebe nur wenig zu erkennen, eine Scheidung in Mark- und Rindensubstanz nicht vorhanden. Die Nierenbecken durch die vorspringenden Blasen stark verengt, sonst makroskopisch kaum verändert. Die Ureteren vielleicht etwas enger als normal.

Urethra normal bis auf eine Strictur im membranösen Theil welche durch eine narbige Schrumpfung des periurethralen Gewebes bedingt wird.

Die Harnblase von normaler Grösse mit trübem stinkendem Urin erfüllt. Die Wand trabeculär beschaffen. Mucosa im allgemeinen glatt, stark echymosirt, gefässreich, zeigt eine Menge flacher Substanzdefecte, welche durch einen etwas schwärzlich gefärbten Hof besonders deutlich hervortreten. Prostata im Grossen und Ganzen normal, zeigt vereinzelte Myome.

Anat. Diagn. Cystenniere. Strictura Urethrae. Cystitis chron. Cysten der Leber, Lipomatosis cordis, chron. Bronchitis. Myocarditis chron. fibrosa. Lungenoedem.

Bevor ich zu der nähern Beschreibung des Falles selbst übergehe, sei es mir gestattet die pathologisch anatomische Seite der Frage zu berühren.

Mit der Cystenbildung bei der chron. interstitiellen Nephritis ist die Cystenniere, die polycystische Degeneration der Niere kaum zu verwechseln, da die Cysten bei der Granularatrophie gewissermaassen nur Nebenbefunde darstellen, bei der Cystenniere aber das Essentielle

und Wesentliche derselben ausmachen; während bei ersterer Form die Niere klein ist, erscheint letztere gross und kann oft ganz enorme Dimensionen erreichen. So betrug in einem Falle Leichensterns [2]) das Gewicht der einen Niere 1350 Gr., dasjenige der andern gar 1505 Gr. Ein weiterer Unterschied besteht in der Grösse der Cysten, welche sich bei der Schrumpfniere meist in sehr mässigen Grenzen halten, während bei der Cystenniere die Hohlräume sehr beträchtliche Dimensionen annehmen können.

Was den Inhalt der Cysten anbetrifft, so ist derselbe bald klar, bald trübe und bräunlich oder colloid. Von chemischen Bestandtheilen findet sich in denselben meist: Harnsäure, Tripelphosphate, Harnstoff (welcher übrigens auch fehlen kann) Cystin, Hippursäure, Oxalate, Cholestearin, Leucin, Tyrosin, von corpusculären Elementen Epithel- und Rundzellen, formloser Detritus etc.

Bei der eigentlichen Cystenniere, welche meist doppelseitig auftritt, muss man wieder 2 Formen unterscheiden— die angeborene und die erworbene Cystenniere.

Die erstere Form, die congenitale Cystenniere, beansprucht insofern ein ganz besonderes Interesse, als durch sie ein unüberwindliches Geburtshinderniss gegeben werden kann, welche die Zerstückelung des Kindes erforderlich macht. Andererseits wird auch selbst bei glücklich beendeter Geburt das Leben des Kindes durch die bedeutende Ausdehnung des Bauchraumes und die Behinderung der Zwerchfellsbewegungen und der Respiration sehr in Frage gestellt.

In ihrem Aussehn unterscheidet sich die angeborene Cystenniere in keiner Weise von der erworbenen.

Interessant ist es ferner, dass congenitale Cystennieren häufig gefunden worden sind in Verbindung mit andern Missbildungen: Hydrencephalocele, Missbildungen des Kopfes und der Extremitäten, Klumpfüssen, Wolfrachen. In einem Falle bestand rechts eine Cystenniere bei gleichzeitigem Mangel der rechten Unterextremität und der rechten Hälfte der Genitalien, während links normale Verhältnisse bestanden. Ferner liegen Beobachtungen vor, dass eine Frau zu wiederholten Malen Kinder mit Cystennieren zur Welt gebracht hat abwechselnd mit normal geformten Kindern.

Ueber die Ursache und die Entstehungsart der congenitalen Cystenniere gehen die Ansichten auseinander.

Wenn man berücksichtigt, wie häufig congenitale Nierencystenbildungen beobachtet worden sind in Verbindung mit andern Missbildungen, so liegt der Gedanke nahe auch bei der Entwickelung der Cystenniere selbst einen Bildungsfehler anzunehmen. Gestützt auf die Angabe Kupffer's, welcher eine gesonderte Bildungsanlage der Niere und des Nierenbeckens annimmt, spricht Koster [3]) die Vermuthung aus, ob nicht bei der congenitalen Cystenniere in der Foetalperiode eine Vereinigung der Niere und des Nierenbeckens ausbleibt und dadurch eine Atresie der Harncanälchen zu Stande kommt, infolge derer sich der Urin oberhalb der Atresie staut und eine cystische Dilatation der Harncanälchen bewirkt. Gegen diese Anschauung Koster's, welche nebenbei gesagt, nur wenige Verfechter gefunden hat, kann angeführt werden, dass obwohl, wie mich Embryologen von Fach versichert haben die Entstehung der bleibenden Niere der Säugethiere lange noch nicht entschieden ist, es doch den Anschein hat, als werde die Niere mit sammt dem Ureter und dem Nierenbecken zu gleicher Zeit als ein Ganzes, nicht in getrennten Partieen angelegt.

Mehr acceptirt ist die Ansicht Virchow's [4]), wonach die angeborene Cystenniere auf eine Ausdehnung der Harncanälchen infolge eines peripheren Verschlusses derselben durch Harnsäureinfarct oder auf eine durch eine foetale Nephrapapillitis hervorgerufene Atresie der Papillen an der Einmündungsstelle in das Nierenbecken, oder auf eine Atresie des Nierenbeckens oder des Ureters zurückgeführt wird Letztere Auffassung bezieht sich auf diejenigen Fälle, wo ein Nierenbecken fehlte, erstere auf solche Nieren, wo an den Nierenbecken und den Ureteren keine Veränderung gefunden wurde.

Eine Arbeit von Durlach [5]) beschreibt gleichfalls eine obliterirende chron. Erkrankung des Nierenbeckens, welche sich theils auf die seitlichen Theile der Nierenpapillen und auf das Gewebe zwischen den Renculis verbreitet und analog wie bei der Nephritis interst. chron. Cysten entstehen lässt.

Auch über die Entstehung der sog. erworbenen Cystenniere sind die Acten noch nicht geschlossen, es machen sich im Gegentheil hier noch sehr einander widersprechende Meinungen geltend

Zunächst muss erwähnt werden, dass eine Anzahl von Autoren (Ziegler, Marchand [6]) u. A.) geneigt ist, in der erworbenen Cystenniere wenigstens in gewissen einzelnen Fällen die Persistenz von congenitalen Cysten oder, wie Virchow meint, eine Fortentwickelung einer partiellen foetalen Degeneration zu sehen.

Nach anderen Autoren und für andere Fälle soll die Cystenniere ursprünglich bei der Geburt des Individuum normal beschaffen sein und erst im Laufe der Jahre die erwähnte cystische Degeneration erleiden. Hierbei machen sich im Grossen und Ganzen, soweit ich mich in der Literatur umgesehen habe, und leider ist mir dieselbe nur sehr unvollständig und zum grössten Theile nur nach Referaten zugänglich gewesen, 2 Erklärungsweisen geltend.

Zunächst eine Auffassung, welche in den Cysten Retentionscysten erblickt und an einen primären Verschluss der Harncanälchen mit nachfolgender Dilatation derselben denkt. Dieser Verschluss kann stattfinden entweder durch Verstopfung der Harncanälchen, sei es durch colloide Gerinnungsprodukte oder durch feine Harnsäureconcremente, wie Ewald meint, oder durch Haemorrhagien in die Bowmann'sche Kapsel oder in die Harncanälchen infolge irgend einer traumatischen Einwirkung, wofür sich wiederum Eichhorst [7]) ausspricht.

Wieder nach Anderen sollen die Bedingungen zur Retention in chronisch interstitiellen Processen irritativer Natur gegeben sein z. B. in einer Nephropapillitis chron. fibrosa, welche sich von dem Nierenbecken auf die Pyramiden fortsetzt. Dafür hat Thom [8]) einige Belege gebracht, während Leichenstern wiederum den primären Sitz der Erkrankung an die Arteriolae rectae verae knüpft, welche von dem Arcus arteriosus direct nach der Marksubstanz ziehen und die Sammelröhren und die Ausflusskanälchen versorgen. Diese Erkrankung soll eine Nephropapillitis bewirken, die zu einem Verschlusse einiger Sammelröhren und Dilatation derselben führt. Er nimmt weiter an, dass diese Nephropapillitis befähigt ist auf die Nierenkelche und das Nierenbecken überzugehen. (Ewald l. c.) An eine aufsteigende Nephropapillitis fibrosa denkt auch Arnold [9]), als deren Ursache angeborene Klappenbildungen und Knickungen an der Einmündungsstelle des Ureters in das Nierenbecken anzusehen wären.

Dieser Auffassung steht diejenige entgegen, welche namentlich von den Franzosen (Sabourin, Cornil, Hommey [10]), Lejars [11]) u. A.) den Italienern Brigidi und

---

[2]) D. med. Wochsch. 1884, Nr. 51.

[3]) Nederl. Arch. II. III.

[4]) Würzburger Verhandl. V. und Verhdlg. d. Berl. Gesellsch. f. Gebhlf. Bd. III.

[5]) Ueber Entstehung der Cystenniere. Diss. Bonn. 1885.

[6]) Eulenburgs Realencyklopaedie Art. Cysten.

[7]) Handbuch der spec. Path. und Therap. 4. Aufl. 1890 II.

[8]) Beitrag zur Genese der Cystenniere Diss. Bonn 1882.

[9]) Zieglers Beiträge Bd. VIII. ctt. nach Ewald l. c.

[10]) Contribution à l'étude anatomique des Kystes du rein. Thése de Paris 1887.

[11]) Du gros rein polykystique de l'adulte. Thése de Paris 1888.

Severi, z. Th. auch dem Deutschen Philippon[12]) getheilt wird, eine Auffassung, welche von Retentionscysten nichts wissen will, sondern die Entstehung des ganzen Processes in eine primäre Wucherung der Harncanälchenepithelien verlegt mit nachfolgender colloider Umwandlung derselben, woraus dann die Cysten hervorgehen sollen. Die Sclerose des Nierengewebes sei etwas secundäres, wie sie in allen Neubildungszuständen vorkommt. Denn um solche handele es sich hier, die Cysten seien neoplastischen Ursprunges, keineswegs Retentionscysten. Sie bringen den Vorgang in den Nieren in Analogie mit ähnlichen Processen in andern Organen, den Hoden, Ovarien, der Mamma.

Als Stütze für diese Ansicht wird auch namentlich angeführt die überaus häufige Doppelseitigkeit der Erkrankung und das gleichfalls so augenscheinlich häufige Zusammentreffen der Cystenniere mit multipler Cystenbildung der Leber, was nach Lejars in 25,5 pCt. der Beobachtungsfälle vorzukommen pflegt.

Ich möchte nicht unterlassen zu erwähnen, dass sich Virchow [13]) in der Discussion im Anschluss an den Vortrag von Ewald mit aller Energie gegen die Neubildungstheorie der Cystenniere gewandt hat.

Was meine eigenen Untersuchungen an der Hand unseres Falles anbetrifft, so sind dieselben auch nicht geeignet irgend welchen Beitrag zur Klärung der histogenetischen Auffassung der Frage zu liefern. Es liegt auf der Hand dass so hochgradig veränderte Organe, wie dasjenige, welches mir zu Gebote stand, kaum dazu angethan sind ein geeignetes Untersuchungsobject abzugeben.

Was zunächst den Inhalt der Cysten anbetrifft, so war Herr Professor Poehl so liebenswürdig die chemische Analyse auszuführen. Desgleichen gebührt ihm auch mein Dank für die hübsche Ausführung vorliegender Photogramme des Sediments der Cysten.

Es finden sich in der Cystenflüssigkeit:

0,18 pCt. fällbares Eiweiss, Propepton, Pepton, 1,067 pCt. Harnstoff, Cholestearin, Cystin, Chlornatrium, phosphorsaure und oxalsaure Salze, Harnsäure.

Im centrifugirten Sedimente fand ich Kugeln concentrisch geschichteter Harnsäure, wie auch Ewald solche Gebilde beschreibt, Krystalle von Harnsäure in Wetzsteinform, oxalsauren Kalk, Cholestearintafeln, Cystin, platte Epithelien, Rundzellen, Körnchenzellen, amorphen Detritus.

Was meine histologischen Untersuchungen anbetrifft, so sind untersucht worden der linke Ureter nahe bei seinem Eintritt in das Nierenbecken, dieses selbst und verschiedene Stücke der linken Niere. Alle Organtheile waren in absol. Alcohol gehärtet, in Celloidin eingebettet und mit Alauncarmin-Haematoxylin gefärbt.

Am Ureter fand ich eine starke kleinzellige Infiltration seiner Wand mit meist einkernigen Granulationszellen. Das Epithel war meist erhalten, stellenweise desquamirt. Im Lumen fanden sich reichliche abgestossene Epithelzellen, theils wohlerhalten theils im Zustande eines feinkörnigen Zerfalles, daneben feinkörniger structurloser Detritus.

Die gleichen Veränderungen liessen sich auch am Nierenbecken constatiren. Mithin sind wir berechtigt für diesen Fall eine chron. Ureteritis und Pyelitis anzunehmen.

Hochgradige Veränderungen zeigt das Nierengewebe selbst. Was zunächst das interstitielle Gewebe anbetrifft, so ist dasselbe stellenweise normal, meist erscheint es aber verbreitert und begegnet man sowohl rein bindegewebigen Partien, als auch solchen, welche sich durch eine ausgedehnte meist herdförmige Infiltration mit Granulationszellen auszeichnen. Wir haben hier ein Bild vor uns, welches uns von jeder chron. interstitiellen Nephritis bekannt ist. Wie bei einer solchen, so finden sich auch hier die Arterien meist stark endarteritisch verändert. Neben normalen Glomerulis begegnet man andern, welche eine starke Verdickung der Bowmannschen Kapsel aufweisen, während wieder andere atrophisch und vollständig hyalin umgewandelt sind. Auffällig erscheint es, dass namentlich die Spitzen der Pyramiden ganz besonders starkkleinzellig infiltrirt erscheinen. Es ist dieses eine Thatsache, welche, wie schon erwähnt, ganz besonders von Thom gewürdigt worden ist. Das Parenchym der Niere zeigt gleichfalls ausgedehnte und hochgradige Veränderungen. Sowohl in der Markals auch der Rindensubstanz — es besteht darin kein Unterschied — finden sich zahllose Cysten, welche in ihrer Grösse in hohem Grade variiren. Ihr Inhalt ist bald feinkörnig amorph, bald colloid und zwar theils in Form grösserer homogener Massen, theils in Gestalt kleinerer Kugeln, bald hyalin. Von corpusculären Elementen finden sich Krystalle und zahlreiche abgestossene Epithelzellen meist im Zustande einer körnigen Umwandlung. Einige der Cysten weisen haemorrhagischen Inhalt auf. Mehrere der Hohlräume lassen in ihr Lumen vorspringende Scheidewände erkennen als Beweis dafür, dass sie durch Confluenz mehrerer kleinerer Cysten entstanden sind. Papilläre Auswüchse in das Innere der Räume, wie solches von französischer Seite beschrieben ist, habe ich nicht erkennen können. An mehreren Stellen lagen die Cysten dicht beieinander und waren, wohl bedingt durch die gegenseitigen Druckverhältnisse, sehr unregelmässig gestaltet, so dass dadurch eine auffallende Aehnlichkeit mit einem cavernösen Gewebe bedingt wurde. Diese Aehnlichkeit mit einem cavernösen Angiom ist da ganz besonders frappant, wo auch der Inhalt der Cysten haemorrhagisch ist. Vor Verwechselung schützt jedoch die kubische Form des Epithels solcher Cysten und, wo dasselbe platt erscheint, lässt sich wenigstens noch der Nachweis erbringen, dass es aus ursprünglich kubischem Epithel entstanden ist. In den kleinern Cysten ist das Epithel regelmässig kubisch und einschichtig, in den grössern deutlich platt, vielfach ist es abgehoben, theils in einzelnen Zellen, theils in zusammenhängender Lage. Glomeruli habe ich in keiner Cyste finden können, wodurch es bewiesen erscheint, dass die Cysten keineswegs durch Erweiterung der Glomeruluskapseln entstanden sein können.

Die Wand der Cysten ist bindegewebig, bald breiter bald schmäler, häufig ist sie vollkommen hyalin, was sich übrigens auch an der Tunica propria ganz normaler Harncanälchen beobachten lässt.

Die Durchschnitte der Harncanälchen sehr unregelmässig, ihr Epithel nur an sehr wenigen Stellen normal und auch da leicht getrübt. Meist finden wir aber an Stelle des normalen hohen feinkörnigen Epithels der gewundenen Harncanälchen ein vollständig kubisches niedriges Epithel mit bläschenförmigem gut tingirbarem Kern. Es ist dieses ein Epithel, welches wir in der Niere nur in den Schleifen und geraden Canälchen, sonst in verschiedenen andern drüsigen Organen z. B. der Mamma finden, und welches ich sonst in der Nierenrinde nur einmal in einem Adenom der Niere bei interstitieller Nephritis gesehen habe. In der Pyramidensubstanz sind die geraden Harncanälchen nicht so zahlreich als normal und werden durch breite Streifen kleinzellig infiltrirten Gewebes von einander getrennt, sie verlaufen geschlängelt und keineswegs parallel zu einander, wie in der Norm. An einigen der Canälchen erkennt man eine deutliche Erweiterung in der Richtung von der Spitze der Pyramiden zu der Rinde hin.

Was den Inhalt der Harncanälchen anbetrifft, so finden wir entweder amorphe oder colloide Massen und abgestossene Epithelien oder vereinzelte, jedenfalls nicht zahlreiche hyaline, colloide und granulirte Cylinder.

In der Leber war die Wand der Cysten derb bindegewebig, mit einer Lage einschichtigen platten Epithels bekleidet.

Bezüglich der Genese der Cysten wage ich mir kein Urtheil zu bilden. Dass dieselben den Harncanälchen ihren Ursprung verdanken, dürfte unzweifelhaft sein, jedoch lässt es sich nicht entscheiden, ob wir es hier mit Retentionscysten zu thun haben, bedingt durch eine von dem Nierenbecken auf die Pyramiden übergehende Erkrankung, oder ob der ganze Process als eine Neubildung nach Analogie mit andern Organen aufzufassen ist.

Für die erste Ansicht würde sprechen der Befund einer chronischen Pyelitis, die kleinzellige Infiltration der Papillen, sowie die allmälig gegen die Rinde hin zunehmende Erweiterung, welche an einzelnen Harncanälchen beobachtet worden ist.

Für die zweite Hypothese könnte angeführt werden: die eigenthümliche Beschaffenheit des Nierenepithels, welches übrigens auch ganz gut durch eine allmälige Druckzunahme im Canälchenlumen bedingt sein könnte; weiter die Doppelseitigkeit der Erkrankung sowie der gleichzeitige Befund augenscheinlicher Gallengangcysten in der Leber.

Schliesslich glaube ich auch, dass gerade die beiden letztgenannten Punkte eine Stütze abgeben könnten für die Auffassung einer Persistenz und allmäligen Fortentwickelung einzelner congenital cystisch erkankter Partien der Niere.

Alle Auffassungen haben manches für sich; eine Entscheidung in der einen oder andern Richtung wage ich nicht auszusprechen.

Ueber den Symptomencomplex der sog. erworbenen

[12]) Virch. Arch. 111.

[13]) Berl. klin. Wochschr. 1891, Nr. 5.

Cystenniere lässt sich viel und wenig reden — wenig, insofern als ihr keinerlei typische Symptome zukommen, viel kann man anführen, wenn man die Vielseitigkeit der Symptome, welche bei der Cystenniere beobachtet worden sind und auf diese direct bezogen werden müssen, erwähnt.

Zunächst giebt es eine Reihe von Fällen, welche ganz unter dem Bilde einer chronischen Schrumpfniere verlaufen sind und wo ein uraemischer Anfall plötzlich den Tod herbeigeführt hat oder der terminale Ausgang einer complicirenden Pneumonie zugeschrieben werden musste. Andere Fälle haben gar keine Symptome gegeben und stellten bei der Section einen rein zufälligen Nebenbefund vor. Wieder andere Pat. erinnerten im Verlaufe ihrer Krankheit an das Bild einer chronischen Uraemie und in einer weiteren Reihe von Krankheitsfällen boten die Nierencysten die Erscheinungen eines Nierentumors dar und sind dann als Hydronephrose, Nierencarcinome etc. gedeutet worden. Oft ist jedoch auch eine Verwechselung mit Milz-, Uterus-, Magen- und Ovarientumoren vorgekommen.

Dieser Mangel eines einigermaassen praecisen Symptomenbildes erklärt es auch, dass thatsächlich bisher nur 4 Mal eine später controllirte Diagnose auf Cystenniere gestellt worden ist. Und auch diese 3 Fälle machen mehr den Eindruck einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose, welche sich zufällig bewahrheitet hat. Es sind dieses die Beobachtungen von Duguet[14]) wo es sich um einen sehr langsam verlaufenen Fall handelte, welcher 2 grosse mit elastischen kugeligen Hervorragungen besetzte Tumoren in den beiden Hypochondrien darbot. Aehnliche Verhältnisse leiteten auch Newmann[15]) bei der Erknenung seines Falles, während Verneuil[16]) die Diagnose bei einer Frau, welche plötzlich an totaler Anurie und galligem Erbrechen erkrankt war, stellte; ihn leitete hierbei ein kürzlich von ihm beobachteter Fall, welcher durch die Obduction als Cystenniere klargestellt worden war.

Die 4. Diagnose machte Stiller[17]). Auch hier handelte es sich um einen Nierentumor, welcher wegen seiner langen Dauer nicht bösartig sein konnte und keine Fluctuation gab, die bei Hydronephrose Pyonephrose, Echinokokkus oder gewissen Kystomen hätte erwartet werden müssen. Die Exstirpation des Tumors zeigte dann, dass es sich thatsächlich um eine Cystenniere gehandelt hatte. Auch hier schwebte Stiller ein vor 11 Jahren von ihm beobachteter und später secirter Fall vor Augen.

Bei der Diagnosenstellung, soweit eine solche überhaupt versucht werden soll, müsste man zunächst unterscheiden zwischen denjenigen Fällen, welche mit einer palpablen Vergrösserung der Niere einhergehen, und solchen Beobachtungen, wo keinerlei Tumoren der Niere vorliegen.

Ist im erstern Fall festgestellt, dass der Tumor wirklich die vergrösserte Niere vorstellt, so ist die weitere Diagnose, welcher Art Vergrösserung des Organes vorliegen könnte. Eine maligne Neubildung würde sich vielleicht aus der Dauer des Processes leichter ausschliessen lassen. Weniger leicht eine Hydronephrose und Echinokokkus.

Als Unterscheidungsmerkmale führt Stiller an den Mangel einer Fluctuation, welcher sich aus der polycystischen Beschaffenhei der Niere herleiten lässt, während man sowohl bei der Hydronephrose als auch einer grössern Echinokokkuscyste ein Ballotement hervorrufen müsste. Jedoch weist Fürbringer[18]) darauf hin, dass auch dieses Symptom nur von höchst zweifelhaftem Werthe ist. Ebenso wird auch die Annahme von Laveran, dass eine höckerige Beschaffenheit eines Nierentumors mit zellenförmigen Erhebungen auf der Oberfläche für Cystenniere sprechen würde, von Ewald mit dem Bemerken zurückgewiesen, dass einerseits die Fettkapsel die Erhebungen bei der Palpation ausgleichen müsste und auch ferner nirgends in der Literatur der Cystenniere mit einigen wenigen Ausnahmen auf eine solche Beschaffenheit der Nierentumoren hingewiesen wird. Von Kiderlen und Ebstein wird angeführt, dass ein lange beobachtetes niedriges spec Gewicht des Urins, welches in keinem Verhältniss zu der entleerten Harnmenge steht, für die Diagnose einer polycystischen Nierenerkrankung verwerthet werden könnte Dass auch dieser Punkt hinfällig ist, beweisen Beobachtungsfälle von Cystennieren mit sehr hohem spec. Gewichte des Urinc (Ewald, Stiller).

Wohl zu berücksichtigen ist die Thatsache, welche namentlich gegenüber der Hydronephrose zu betonen ist, dass die Cystenniere meist doppelseitig gefunden wird. Jedoch kommen auch Fälle von nur einseitiger Erkrankung vor, so die Beobachtungen von Courtin, Hogg und Stiller.

Nach Ewald würde noch für die Diagnose die besten Anhaltspunkte geben «die Combination eines doppelseitigen, eventuell mit kleinen Blasen besetzten Nierentumors mit Albuminurie, bei jahrelangem Bestand des Leidens und Abwesenheit schwerer nephritischer Veränderungen».

Liegen die Sachen nun so, dass selbst bei dem Vorhandensein eines Nierentumors eine Differentialdiagnose kaum möglich ist und wohl niemals über eine blosse Wahrscheinlichkeit hinaus gehen wird, so ist es wohl erklärlich, dass Fälle ohne jede palpable Nierenvergrösserung überhaupt sich einer diagnostischen Beurtheilung entziehen.

[14]) Lejars l. c. Observ. 2.
[15]) Newmann. Glasgow. Journ. 1889. April.
[16]) Lejars l. c. Observat. 15.
[17]) Berl. klin. Woch. 1892. Nr. 10.
[18]) Berl. klin. Woch. 1892. Nr. 5.

Physiatrische Beiträge.

XIII.

Ueber Algesimetrie.

Nachtrag

von

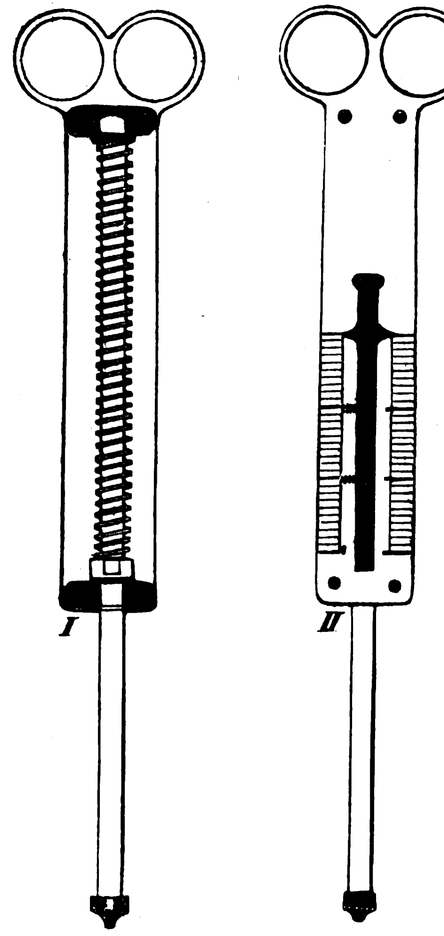
Dr. Max Buch

in Willmanstrand.

In der Beschreibung meines Schmerzmessers[1]) hob ich als Fehler der Methode hervor, dass der Schmerz bei constantem Druck nur allmählich eintritt und die Schwelle daher sehr verwischt ist, wodurch die Fehlerquellen wachsen. Ich habe nun inzwischen gefunden, dass dieser Uebelstand auf einfache und leichte Weise beseitigt werden kann, indem man auch den Druck nach bestimmten Zeiteinheiten sprungweise wachsen lässt. Ich benutze folgendes Verfahren: Der zuerst von mir veröffentlichte[2]) hier abgebildete Algesimeter ist so abgeändert, dass die Mittelspalte, in welcher der Zeiger sich bewegt, auf der einen Seite mit den Druckgraden entsprechenden geringen Einkerbungen versehen ist, so dass die Zeigerfeder jedesmal in die Kerbe hineinfällt und so jeden Druckgrad (100 Gr.) mit einem knackenden Laut markirt, wodurch der Untersucher leicht in den Stand gesetzt ist, den Druck einerseits plötzlich und um bestimmte Mengen anwachsen zu lassen und andererseits ihn eine Zeit lang auf der erreichten Höhe zu erhalten. Die Schmerzmessung geschieht daher jetzt derart, dass ich zunächst das Instrument aufsetze und nur seine eigene Schwere einwirken lasse, dann nach 2 Secunden oder 4 Pendelschlägen den Druck um 100 Gramm verstärke,

[1]) St. Petersburger med. Wochensch. 1891 Nr. 25.
[2]) Врачъ 1880, № 48.
Vierteljahrschrift für ärztl. Polytechnik 1881, Heft 2.

wieder 2 Secunden denselben Druck einwirken lasse und so fort den Druck je nach 2 Secunden um 100 Gramm vermehre. Auf diese Weise ist eine Methode gefunden,



I   II

den Reiz sprungweise und mit sehr genauer Dosirung von Zeit und Druck anwachsen zu lassen,

Mein Algesimeter kann in schöner Ausführung durch H. Windler in Berlin, Dorotheenstrasse Nr. 3 bezogen werden.

Referate.

Rudolf Hoepfel: Beitrag zur Digitalisbehandlung bei Pneumonie. (Therap. Monatsh. April 1892).

Angeregt durch einen Vortrag, den Petresco auf dem internationalen Congress in Berlin gehalten hat. hat Verf. seit März 1891 seine Pneumoniekranken mit grossen Digitalisdosen behandelt. Die Form, in der Verf. das Praeparat anwandte, war die des Infuses: Inf. folior. Digitalis 3.0--4,0:100 Syr. simpl. 20,0. MDS. 1stündlich 1 Esslöffel zu nehmen, so dass die Mixtur in ca. 12 Stunden verbraucht werden konnte. Ausserdem liess Verf. in allen Fällen die Eisblase appliciren, Einpackungen des ganzen Körpers in nasse Betttücher anwenden, griff sogar einige Male zu Blutegeln und in einem Falle bei drohendem Oedem zur Venaesectio; Antipyretica wurden nicht verabfolgt, hingegen gleich von Anfang. namentlich älteren Patienten schwere Weine. Im Ganzen wurden auf diese Weise 15 Patienten behandelt. In keinem Fall war eine toxische Wirkung der hohen Digitalisgaben zu verzeichnen. Alle mit Digitalis behandelten Fälle zeigen eine Abkürzung des Krankheitsverlaufes um 2—3 Tage. 1—2 Tage nach einer, bei manchen Personen nach 2-maliger Darreichung der hohen Digitalisgabe geht in allen Fällen die Temperatur zurück, Athemnoth, Stechen, Schmerzen etc. mildern sich. Auffällig ist der häufige (in 8 Fällen) Ausgang der Pneumonie in Lysis. Verf. meint. dass durch die grossen Mengen Digitalis das Herz zu einer Mehrleistung gezwungen und dadurch die Anschoppung in den kleinsten Lungengängen verhindert werde.

Abelmann.

O. Schirmer: Ueber eine eigenthümliche Lidrandaffection (Vaccinola des Lidrandes). Bericht über die XXI. Versamml. der ophthalmol. Gesellsch. zu Heidelberg 1891.

Die bisher nur selten beschriebene und auch in den Lehrbüchern meist nicht erwähnte Affection scheint in letzter Zeit in Deutschland öfter zur Beobachtung zu kommen. Verf., welcher selbst im Laufe eines Jahres allein in Königsberg sechs derartige Fälle zu sehen Gelegenheit hatte, meint dieses gehäufte Auftreten dadurch erklären zu müssen, dass jetzt bei der Vaccination ausschliesslich animale und also wohl stärker virulente Lymphe angewandt wird. Fast bei allen Patienten — es waren durchweg Erwachsene — konnte eine Infection durch Vaccinepusteln frisch geimpfter Kinder nachgewiesen werden. Die Erkrankung beginnt mit sehr stürmischen Erscheinungen: unter heftigen entzündlichen Symptomen (Schmerzen, Lidoedem, Chemose), manchmal auch mit Störung des Allgemeinbefindens und Fieber, bildet sich am Lidrande, und zwar meist im intermarginalen Theile in der Nähe des Lidwinkels, eine Pustel, welche durch Abstossung der Oberfläche bald in ein flaches Geschwür mit weissem Belag übergeht; in der Nachbarschaft schiessen, wahrscheinlich infolge directer Uebertragung des Virus, noch weitere solche Geschwüre auf. Im Belag der Geschwüre wurde ausser Staphylokokken und Xerosebacillen ein bisher unbekannter Streptococcus nachgewiesen. Sämmtliche Ulcerationen bleiben ganz oberflächlich und heilen ohne Narbe; in 2—3 Wochen ist in der Regel der ganze Process abgelaufen. Dreimal beobachtete Verf. eine Complication von Seiten der Hornhaut in Form von tiefer Keratitis mit centralen und ringförmigen Trübungen; die sonst durchaus gute Prognose wird durch das Hornhautleiden natürlich verschlimmert. Verf. giebt den Rath, bei Impfungen die mit der Wartung der geimpften Kinder betrauten Personen auf die Möglichkeit einer Infection der Augen aufmerksam zu machen. Die Therapie des Augenleidens kann, wo keine Complicationen eintreten, eine indifferente sein.

Blessig.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Tafeln nach dem Metersystem zur Bestimmung der Sehschärfe, zusammengestellt von Dr. H. Dohnberg, herausgeg. von J. Urlaub. St. Petersburg. 1892.

Den Tafeln, von denen zwei zur Bestimmung der Sehschärfe für die Ferne, zwei zur Prüfung des Nahesehens (nicht eigentlich der «Sehschärfe»!), und ferner eine zur Untersuchung auf Astigmatismus bestimmt sind, ist (nach Monoyer, was im Text aber nicht vermerkt ist) das Metersystem zu Grunde gelegt, so dass die Sehschärfegrade in Decimalbrüchen ausgedrückt werden. Sie haben diesen Vorzug mit manchen anderen in neuerer Zeit herausgegebenen Sehproben gemein. Die Ausführung der Tafeln ist eine gute, das Format ein handliches, weshalb sie zum Gebrauche in der Praxis empfohlen werden können.

R. v. Hoesslin: Ueber die Behandlung chronischer Rückenmarkskrankheiten und die Vortheile localer Kältereize bei denselben. Münch. med. Abhandl. VI. Reihe 1 Heft 1891, Lehmann, München.

Verf. hat bei der Behandlung chronischer Myelitiker in nicht zu vorgeschrittenen Krankheitsstadien gute Resultate von einem bisher noch wenig geübten hydrotherapeut. Verfahren beobachtet. Es besteht darin, dass die T°. des Wassers, welches zur Erzielung des günstigen Kältereizes zur Verwendung kommt, 7—15° R. beträgt und dass die Haut vor der Anwendung des Kältereizes zu erwärmen, d. h. blutreich zu machen ist. Die Form der Abkühlung kann eine verschiedene sein: entweder benutzt man kalte nasse Tücher, mit welchen die Beine abgeklatscht werden, oder man begiesst die Beine mit kaltem Wasser. Das Verfahren dürfte wohl nur in speciellen Anstalten zur Anwendung kommen.

Kallmeyer.

H. Schlesinger: Aerztliches Handbüchlein für hygienisch-diätetische, hydrotherapeutische, mechanische und andere Verordnungen. 3. Aufl. Frankfurt a. M. 1892. Joh. Alt. Pr. 2 Mk. 20.

Ein empfehlenswerthes Büchlein, das für den Schreibtisch besonders des jungen praktischen Arztes bestimmt ist, der mit den gebräuchlichen im Titel angegebenen Verordnungen noch nicht gehörig vertraut ist; es wird aber auch dem älteren Arzte gewiss oft von Nutzen sein, um dem Gedächtniss nachzuhelfen und das zeitraubende Suchen in der Literatur zu ersparen. Der Inhalt ist in knappester Form ein recht reicher. Den Haupttheil bilden die Nahrungs- und Genussmittel, ihre Zusammensetzung, gebräuchlichste Form der Verwendung, Zusätze, Surrogate, besondere Verwendung bei Curen (Milch-, Traubencur etc.) (pg. 1—33), woran sich die Ernährung der Säuglinge und die Diät bei den verschiedenen Erkrankungen anschliesst. Es folgen die in der Praxis gebräuchlichen Mineralwassercuren nebst ihrer Diät, die gebräuchlichsten hydro- und balneotherapeutischen Maassnahmen, die wichtigsten Vorschriften über Gymnastik (allgemeine und einige specielle) und über Impfung. Den Schluss bilden Angaben über Einrichtung

des Krankenzimmers und Krankenlagers, sowie über Desinfection während und nach ansteckenden Krankheiten in der Privatpraxis, endlich die Desinfection der Hände nach Fürbinger. Als Anhang ist eine Tabelle (nach König) der Zusammensetzung der gebräuchlichsten Nahrungs- und Genussmittel beigefügt. —r.

W. Waldeyer: Ueber einige neuere Forschungen im Gebiete der Anatomie des Centralnervensystems. Leipzig, G. Thieme 1891.

Die in der Deutschen medic. Woch. 1891 erschienene Arbeit des Verfassers liegt uns nunmehr als stattliche Brochüre vor und bietet eine geistvolle Zusammenstellung der Errungenschaften der letzten Jahrzehnte im Gebiete der Anatomie des C.-N.-systems. Dem Texte sind erläuternde Zeichnungen beigegeben. Wie schon der Titel der Brochüre besagt, eignet sich der Inhalt kaum zu einem kurzen Referate; die Lectüre derselben erweckt im Leser ein hohes Interesse für die complicirten Vorgänge im Centralnervensystem und bietet ihm eine Erklärung für manche Functionen desselben.

Kallmeyer.

Auszug aus den Protokollen
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung am 23. September 1891.

1. Dr. Selenkow: zur Casuistik der acuten Darmocclusionen. Ein 30jähriger hiesiger Kaufmann lag vom 10.—15. Juni im deutschen Alexanderhospital an Ileus. Der Anfall wurde gehoben und er verliess das Hospital. 5 Tage lang gute Stühle, gutes Befinden. Am 20. Juni stark gegessen und gleich darauf einen schweren Korb gehoben. Sofort fühlte er heftigen Schmerz im Unterleibe und allgemeines Unwohlsein. Am andern Tage wieder ins Alexanderhospital aufgenommen. Alle Maassnahmen, die das erste Mal Erfolg gehabt hatten, wurden wieder angewandt, aber vergeblich. Am 24. Allgemeinbefinden noch gut. Am 25. Juni einigten sich alle Aerzte (Selenkow, Dombrowski, Kernig, Serck) auf Laparotomie als letztes Mittel, wobei freilich der Kräfteverfall und die deutlichen Zeichen der begonnenen Peritonitis die Hoffnung auf Erfolg sehr herabstimmten. Selenkow nahm hier Torsion eines grösseren Dünndarmconvolutes an. Der Unterleib war am meisten im Mesogastrium aufgetrieben, der Nabel bildete die Spitze eines flachen Kegels, während die Colongegend weniger gebläht war. Dämpfung nur in der Lendengegend. Schmerzen gering. 5 Tage kein Stuhl. Erbrechen nicht häufig und nicht profus. Am 25. Juni, Abends 6 Uhr, fand die Operation statt: Schnitt in der Linea alba. Die Darmschlingen stürzen heraus, sind ausserordentlich gebläht. Die eingeführte Hand fühlte das Mesenterium als harten Tumor. Also die Diagnose richtig, es war der grösste Theil des Dünndarms als Ganzes gedreht. Ein Versuch der Reposition durch Drehung misslang. Um die Sachlage besser zu erkennen, musste der Darm zum Collabiren gebracht werden. Ein Einschnitt in den Darm entleerte sehr viel Gas und flüssigen Inhalt. Darmnaht vollständig schliessend. Nun war das ganze Darmrohr zusammengefallen und eine klare Einsicht möglich. Entwickelte diffuse Peritonitis. Das Convolut des Ileum hatte eine starke Drehung nach links erfahren, ausserdem war das Coecum, dessen Mesocoecum auffallend verlängert — wohl ¹/₂ Arschin lang — war, hinter das Ileum geschlüpft und lag seinerseits torquirt im linken Hypochondrium und das Colon ascendens hinter dem Ileum. Das Mesenterium war durch die Drehung in einen harten Strang verwandelt. Es fand sich noch ein dünnes Pseudoligament vom Coecum zum Dünndarm ziehend, aber es ist zweifelhaft, ob das eine Rolle spielte. Durch zweckentsprechende Drehungen gelang es jetzt leicht, die Därme in die richtige Lage zu bringen. Das Pseudoligament wurde unterbunden und getrennt. Die Reposition der Därme in die Bauchhöhle gelang sehr schwer und zwar erst nach einer weiteren Enterotomie am Coecum.

Dauer der Operation fast 2 Stunden. Das Erwecken des Kranken war schwer; erst 1¹/₂ Stunden nach Schluss der Operation gelang es durch Bastonade. Am anderen Tage noch kein Stuhl und viel Meteorismus. Es wurden ein paar Nähte gelöst und einige Marlistreifen eingeführt, wonach etwas Serum aus der Bauchhöhle ausfloss. Lagerung auf die linke Seite. Carlsbader Mühlbrunnen esslöffelweise und Wein. Am Abende dieses Tages, des 26. Juni, erfolgten mehrere Stühle und Abgang von Flatus reichlich. Darnach ruhiger Schlaf und der Puls etwas gehoben. Ein wenig Milch genossen. Die Nacht über leidlich guter Zustand, der Unterleib viel weicher. Am 27. aber wurde der Puls wieder schwächer, ein Stuhl erfolgte, dann Nachmittags der Collaps vollständig, Tod.

Also die Operation doch zu spät. Vielleicht nur 24 Stunden früher ausgeführt hätte sie zur Genesung geführt. Zum Zustandekommen einer solchen Torsion der ganzen Masse des Dünndarmes war die ungewöhnliche Länge des Mesocolon und Mesocoecum entscheidend. Pat. hatte früher sehr viel an Verstopfungen gelitten.

2. Dr. Tiling hat vor einem Jahre einen analogen Fall beobachtet; er wurde zu einem Pat. consultirt, der ca. 4 Tage an absoluter Undurchgängichkeit des Darmes litt, aber kurz vor der Consultation einen ziemlich reichlichen Stuhl abgesetzt hatte. Das Abdomen war noch gebläht und durch Palpation und Percussion liess sich ein noch immer mächtig geblähtes Colon transversum constatiren. Nach weiteren 4 Tagen wurde T. wieder von dem behandelnden Arzte Dr. Hellat gerufen, weil dem scheinbar genesenden Pat. wieder ganz schlimm geworden war: Impermeabilität des Darmes, Blähung und Schmerzhaftigkeit des Abdomen, kleiner schneller Puls, schwerer Kräfteverfall des robusten Mannes. Ueberführung ins Helenen-Institut und sofortige Operation. Nach Eröffnung des Abdomen konnte nur hoch oben rechts am Orte der Flexura coli dextra ein Knoten wie bei Volvulus gefühlt werden. Da dieser Knoten sich nicht vorziehen liess und die Palpation keine Klarheit brachte, wurde der Schnitt erst nach oben und dann noch zur Seite verlängert, so dass nun gesehen werden konnte, wie Dünndarm und das armdick geblähte vermeintliche Colon transversum umeinander gedreht waren. Das Colon widerstand scheinbar jedem Zuge, daher wurde jeder Versuch zu entwirren, zumal Pat. tief collabirt war, aufgegeben und musste ein Anus arteficialis angelegt werden. Pat. starb nach einigen Stunden. Erst die Section brachte Klarheit in die anatomischen Verhältnisse des Darmcanals, nachdem die ganze vordere Bauchwand zurückgeschlagen war: Das vermeintliche Colon transversum war das an einem ca. einen Fuss langen Mesocolon hängende Colon ascendens, das sich durch Drehung der Länge nach mit dem Ileum verschlungen hatte und so nach oben verlängert war, dass es jetzt die Stelle und Lage des Colon transversum einnahm. Das Coecum nebst Proc. vermiformis lag im linken Hypochondrium. Hinter dem armdicken, verlagerten Colon ascendens und Magen fand sich das vollständig contrahirte Colon transversum (Autorreferat).

Was die Operation betrifft, so spricht Dr. Tiling seine Ansicht dahin aus, dass es nicht statthaft sei, nach der Eröffnung der Bauchhöhle lange und energisch an den Därmen zu untersuchen, um sich die Diagnose ganz klar zu machen; so verwirft er z. B. auch das durch die Finger ziehen des Darmes. Der Choc auf sympathischem Wege ist zu stark. Daher legt T., wenn das Hinderniss nicht bald zu erkennen und zu heben ist, lieber gleich den Anus praeternaturalis an. Er verurtheilt keinen Collegen, der es anders macht, aber er verwirft für seine Person diese radikalen, etwas rohen Durchforschungen.

Dr. Selenkow führt dagegen an, dass sehr namhafte Chirurgen, wie Riedel, Kümmel und andere, sehr energische Untersuchungen zur Feststellung der Diagnose vornehmen, auch das durch die Fingerziehen des ganzen Darmrohres bis die Stelle der Occlusion gefunden ist. Aber auch ohne rohe Palpationen in der Bauchhöhle kann man oft durch die Anamnese, die Wahl'schen Symptome, die Indicanprobe (bei Dünndarmocclusion sehr reichlich, bei Dickdarmocclusion wenig) etc. zu einer richtigen Diagnose kommen.

D. z. Director: Dr. v. Lingen.
Secretär: Dr. Masing.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— W. Dale (British med. journal 7. XI 1891) empfiehlt nach seiner Erfahrung die Milch als chirurgisches Verbandmittel besonders bei ausgedehnten Verbrennungswunden in Form von Compressen aus Leinwand; die Schmerzen sollen sehr bald schwinden und die Vernarbung in kürzerer Zeit als gewöhnlich eintreten.

— Die Brown-Sequard'sche Verjüngungsmethode dürfte in Deutschland wenigstens durch Fürbringer's Untersuchungen abgethan sein. Nun hat Constantin Paul (Paris) der Académie de Médecine in Paris ein anderes Verfahren vorgelegt, welches von analogen physiologischen Anschauungen auszugehn scheint. Statt des Hodensaftes wird die graue Hirnsubstanz eines Hammels, welche mit Hilfe flüssiger Kohlensäure filtrirt und sterilisirt wurde, zur Einspritzung verwendet. Die chemische Analyse der Injectionsflüssigkeit ergab die Gegenwart von löslichen Fermenten und Phosphor, weitere in der Lösung vorhandene Substanzen konnten chemisch-analytisch nicht näher bestimmt werden. Die Lösung ist stets frisch zu bereiten, sie verträgt die Zusetzung antiseptischer Mittel nicht, weil diese die vorhandenen, angeblich besonders wichtigen Fermente zerstören würden. Die Schilderung des Erfinders von den ausserordentlichen Heilwirkungen seines Mittels bei Neurasthenie, Anaemie und Tabes scheint nach dem Berichte des Bulletin médical 14/92 in

der Sitzung der Académie de Médecine die gläubigsten Gemüther gefunden zu haben.

— H. Schultz (Budapest) hat 10 Fälle von Carcinom der Portio vaginalis mit Alkoholinjectionen behandelt. In 2 Fällen konnte die Behandlung nach 45 resp. 48 Einspritzungen als beendet betrachtet werden d. h. Pat. fühlten sich sehr wohl, Blutungen und Ausfluss hörten auf. Local wurde Schwund der Neubildung und Ueberkleidung der ulcerirenden Oberfläche mit Epithel constatirt. 8 Fälle befinden sich in Besserung, werden aber noch weiter behandelt. (Centralblatt f. Gynäkologie Nr. 13).

— Bei Erosionen der Portio sah J. Barsony von Alkoholwaschungen glänzende Erfolge. Prof. Kezmarsky will gleichfalls ein Carcinoma vaginae mit Alkoholwaschungen geheilt haben. (Pester med.-chirurg. Presse Nr. 13).

— Erich Harnack spricht sich gegen die medicamentöse Verwendung der Antimonpräparate aus. Die hautentzündende, emetische, diaphoretische und antifebrile Wirkung des Antimons sind wegen der üblen Nebenerscheinungen nicht in Anwendung zu bringen. Allein der Goldschwefel als Expectorans kann gelegentlich verwerthet werden. (Münchener Med. Wochenschr. Nr. 11).

— Die Cantharidinbehandlung der Tuberculose kann seit längerer Zeit als eine verlassene Methode gelten. Die letzterschienene Arbeit von Demme, welche unter Liebreichs Aegide entstanden ist, kommt zum Schluss, dass in 18 pCt. der behandelten Fälle die entstandene Albuminurie auch nach Aussetzen der Injectionen fortbestehen blieb. Damit verstösst die Cantharidinbehandlung gegen den obersten Grundsatz des ärztlichen Handelns: «Primum non nocere». (Wiener Med. Blätter Nr. 13).

Vermischtes.

— Dr. Wilhelm v. Reichard, der älteste dor gegenwärtig lebenden Aerzte Riga's, beging vor Kurzem das 50jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. Auf Wunsch des Jubilars beschränkte sich die Feier auf den engern Familienkreis und musste daher Abstand genommen werden von einer Betheiligung weiterer Kreise, denen der Jubilar als ärztlicher Berather nahe gestanden und auch heute noch nahe steht als Mann edler Gesinnung, feiner Geselligkeit und dichterischen Schaffens.

W. v. Reichard wurde am 14. Februar 1810 in Livland geboren, ist gegenwärtig über 82 Jahre alt, und hat seine medicinische Ausbildung auf der Dorpater Universität erhalten. Nach Absolvirung des Arztexamens i. J. 1842 war er kurze Zeit Landarzt in Livland, liess sich aber bereits 1844 als praktischer Arzt in Riga dauernd nieder, wo er von 1847—1851 auch als Arzt am Armenkrankenhause und von 1852 an als Arzt des Realgymnasiums und der Stadt-Töchterschule thätig war. Erst vor einigen Monaten hat er seine Praxis aufgegeben.

— Wie die «Now. Wremja» erfährt, tritt der Chef des Medicinalwesens des St. Petersburger Hafens und Oberarzt des Kalinkin-Marienhospitals, Dr. M. J. Kwizinski, von seinen Posten zurück und soll durch seinen bisherigen Gehülfen Dr. W. K. Rambach ersetzt werden.

— Weitere Zustimmungs-Adressen sind den Ssaratowschen Landschaftsärzten, welche wegen des Conflictes mit dem Landschaftspräsidenten Kropotow ihren Abschied genommen haben, von der Gesellschaft Tulascher Aerzte und der Gesellschaft praktischer Veterinärärzte in Moskau zugegangen.

— Das Project der hiesigen chirurgischen Gesellschaft, mit dem ihr gehörigen Capital (gegenwärtig über 70,000 Rbl.) ein eigenes Heim mit einem grossen Saal für die Sitzungen aller hiesigen medicinischen Vereine und Räumlichkeiten für die Bibliotheken derselben zu erbauen, ist seiner Verwirklichung näher gerückt. Das St. Petersburger Stadtamt hat nämlich beschlossen, der Duma den Vorschlag zu machen, der chirurgischen Gesellschaft einen Platz von 1183²/₃ Quadratfaden Grösse auf der Petersburger Seite an der grossen Rusheinaja zum Bau eines Hauses unentgeltlich unter der Bedingung abzutreten, dass im Laufe eines Jahres der Bau begonnen und in drei Jahren (vom Tage der Einweihung des Platzes gerechnet) beendigt werde. Falls die Gesellschaft, welcher der Platz abgetreten wird, zu bestehen aufhören sollte, so geht der Platz mit allen auf ihm errichteten Gebäuden ohne Entschädigung wieder in den Besitz der Stadt über.

— Der jüngere Ordinator des städtischen Krankenhospitals zum Andenken an Prof. Botkin Dr. P. A. Benewolenski, welcher nach 10jährigem Dienste wegen eines organischen Herzfehlers seine Stellung am Hospital aufzugeben gezwungen war, ist bei der Stadtverwaltung mit dem Gesuch eingekommen, ihm eine einmalige Unterstützung im Betrage von 1200 Rbl. statt der halben Pension zu bewilligen. Die Stadtduma hat es aber für möglich gefunden, nur eine Unterstützung von 520 Rbl. bei der Duma zu befürworten.

— Im Auftrage der militär-medicinischen Academie werden die Proffessoren K. J. Slawjanski und A. J. Lebedew als Vertreter der Academie an dem im September in Brüssel tagenden internationalen gynäkologischen Congress theilnehmen.

— Der Prosector für gerichtliche Medicin an der militär-medicinischen Academie, Dr. Kossorotow, ist, wie verlautet, nach Deutschland und Frankreich abcommandirt worden, um die dortigen gerichtlich-medicinischen Einrichtungen kennen zu lernen.

— Als Redacteure der «Botkinschen Hospital-Zeitung» sind Prof. Jul. Tschudnowski und Dr. S. W. Possadski bestätigt worden.

— Die Warschauer medicinische Facultät hat den Oberarzt des dortigen St. Rochushospitals Dr. M. A. Wassiljew und den früheren Ordinator des St. Petersburger städtischen Barackenhospitals Dr. M. K. Sjenez zu etatmässigen Docenten gewählt, ersteren für chirurgische Pathologie, den zweiten für specielle Pathologie und Therapie.

— Verstorben: 1) Am 1. Mai in Tomsk der Ordinator an der dortigen chirurgischen Universitätsklinik, Dr. Nik. A. Bresowski an Meningitis. Nach Absolvirung des Cursus an der Moskauer Universität war B. anfangs Assistent in der Privatheilanstalt des Dr. Knie in Moskau, siedelte aber vor 3 Jahren nach Sibirien über, wo er bis vor Kurzem als Stadtarzt in Kusnetzk fungirte. 2) In Lyon am 12. Juni Dr. Pravaz, der Erfinder der nach ihm genannten Injectionsspritze. 3) In St. Petersburg der Arzt Carl Elsner im 54. Lebensjahre, welcher in der Irrenanstalt bei Udelnaja gestorben ist.

— Am 18. Juni n. St. hat einer der ältesten deutschen Mikroskopiker und Pathologen, Prof. Gottlieb Gluge, seinen 80. Geburtstag gefeiert. G. studirte in Berlin unter Rudolphi und hörte bei Ehrenberg die Vorlesungen über Mikroskopie, die ausser ihm nur noch von Bischoff und Henle besucht wurden. Im Jahre 1838 folgte er einem Ruf als Professor der Physiologie und pathol. Anatomie an die neuerrichtete Universität Brüssel, an welcher er bis 1873 docirte. Die belgische Academie hat ihn zweimal zum Directeur de la classe des sciences gewählt und die Pariser Academie der Wissenschaften verlieh ihm für seine Arbeit über pathologische Histologie den Monthyon-Preis.

— Auf dem letzten Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie regte Prof. König (Göttingen) den Gedanken an, das Andenken des verst. Prof. Gustav Simon, auf dessen Verdienste um die Gründung der deutschen Gesellschaft für Chirurgie er hinwies, durch die Stiftung einer würdigen Büste des Verstorbenen für das Langenbeckhaus zu ehren. Die sofort zu diesem Zweck veranstaltete Sammlung hat ein so gutes Resultat ergeben, dass die Mittel dafür fast gedeckt sind.

— Nach Beendigung des Chirurgencongresses in Berlin fand am Sonnabend-Nachmittag bei Prof. E. v. Bergmann in dessen Villa zu Potsdam ein Gartenfest statt, an welchem neben einer grösseren Zahl hervorragender Chirurgen und Aerzte auch die Minister Miquel und Dr. Bosse theilnahmen.

— Vom Medicinaldepartement wurden am 9. Juni c. im Regierungsanzeiger (Nr. 123) eine Reihe von Maassregeln publicirt, welche zwecks Verhütung der Einschleppung und Weiterverbreitung der Cholera auf jedesmalige besondere Bestätigung durch den Minister des Innern in den Gouvernements- und Kreisstädten in Kraft gesetzt werden sollen. Diesen Anordnungen zufolge sind in allen Gouvernements- und Kreisstädten bei den Regierungs- oder Communal-Institutionen, welche die Volksgesundheit zu überwachen haben, Sanitäts-Executiv-Commissionen zu bilden, deren Aufgabe in der Verbreitung und Ausführung der Maassregeln zur Bekämpfung der Cholera besteht. Zu diesen Commissionen, zu welchen stets einige Aerzte, welche im Dienst der Regierung oder Communen stehen, gehören, liegt die Organisation von Hospitälern für Cholerakranke, die Versorgung derselben mit dem nöthigen ärztlichen und Dienstpersonal, die Ueberwachung der Reinigung der Höfe und Aborte, die Desinfection und die Anordnung nothwendiger polizeilicher Maassnahmen ob.

Die im «Reg. Anz.» publicirten Maassregeln werden bereits in den von der Cholera am meisten bedrohten Gouvernements Astrachan, Ssaratow, Taurien, im Uralgebiet, im Kaukasus und ebenso in unseren Schwarzmeer-Häfen in Ausführung gebracht. Obschon von der russischen Regierung in Folge der Cholera-Epidemie in Persien Beobachtungspunkte in Baku und Astara am Kaspischen Meere und in Bellasovar, Dshulfa und Jebrail an der Landgrenze zur ärztlichen Untersuchung aller aus Persien kommenden Reisenden errichtet worden sind und der Zugang nach Russland aus Persien an allen anderen Punkten untersagt worden ist, so ist die Cholera doch schon ins russische Gebiet eingedrungen.

XVII. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 26 St. Petersburg, 27. Juni (9. Juli) **1892**

Contusion der Brust, Aortitis (?).

Von

Dr. G. Amburger.

St. Petersburg.

Comtesse T., 21 Jahr alt, will beim Verlassen des Eisenbahnwagens einen schweren Reisesack aus dem Netze heben; er entgleitet ihren Händen und fällt, bei hochgestreckten Armen, auf ihre Brust. Der Sack hatte einen harten mit Nägeln beschlagenen Boden und sein Gewicht mag 8—10 Pfund betragen haben.

Dieses geschah am 25. November vorigen Jahres; Patientin empfand sofort lebhaften Brustschmerz und quälendes Druckgefühl mit erschwertem Athmen; sie brachte die nächsten 24 Stunden im Waggon (von der Grenze kommend) leidend und schlaflos zu, behalf sich mit kühlen Wassercompressen. Etwa 40 Stunden nach erlittener Contusion constatirte ich Schmerzhaftigkeit bei Druck auf das Sternum und die 3 obersten Rippen beiderseits in ihrem sternalen Drittel; keine Schwellung war sichtbar, keine Sugillation. Die Respiration war frei und ruhig, der dumpfe Schmerz unter dem Brustbein wurde durch Bewegung der Arme, besonders Heben derselben, gesteigert. Puls 80 weich, mittelvoll. Sämmtliche Töne über dem Herzen und den grossen Gefässen rein, Choc normal neben der Mamillarlinie nach innen, im 5. Intercostalraum. Körpertemperatur normal. Mir schien die Sache recht unwesentlich zu sein, aber bei meinem Besuche nach 2 Tagen fand ich doch auffällige Erscheinungen.

Patientin war fieberfrei geblieben, der spontane Schmerz hatte ganz nachgelassen, auch die Druckempfindlichkeit war bedeutend geringer; Heben der Arme steigerten jedoch den Schmerz. Neu war aber die Beunruhigung der Kranken durch lästiges beständiges «Klopfen in der Brust», sie war durch diese Empfindung zwei Nächte fast schlaflos gewesen. Der Radialpuls war ruhig, weich 80 die Herzdämpfung normal, der Herzstoss an normaler Stelle schwach zu fühlen. Frappant dagegen war die Unruhe über der Aorta; es liess sich eine fingerbreite Dämpfung nach aussen vom rechten Sternalrande im zweiten Intercostalraume constatiren, im Jugulum war die Aorta nicht zu fühlen, aber die Aa. subclaviae und die Carotiden pulsirten auffallend stark, namentlich galt das von der linken Subclavia, deren supraclaviculare Portion sicht- und fühlbaren vollen Puls darbot. Der erste Ton über der Aorta war nicht ganz rein, dumpf und rauh; der zweite hatte seinen gewöhnlichen Accent und war vollkommen rein.

Dieses Phänomen der ruhigen Arbeit im Bereiche der Ventrikel und des Tumultes über der Aorta und ihren ersten Aesten, dauerte mehrere Wochen an, allmälig klangen die Beschwerden des «beständigen Klopfens» ab, der Schmerz schwand und 7 Wochen nach der Contusion kehrten normale Verhältnisse wieder, die sich bis jetzt behaupten. Patientin besitzt ein phlegmatisches Temperament, ist nichts weniger als nervös erregbar und ängstlich, aber gesteht, dass das Klopfen unter dem Brustbein ~~eine unheimliche und sehr beängstigende Empfindung~~ gewesen sei. Der Verlauf war durchaus fieberlos. Die Medication bestand in Jod- und Bromsalzen.

Die durch Wochen dauernde Erweiterung des Aortenbogens und der aus ihm tretenden Gefässe habe ich nicht als vasomotorischen Vorgang auffassen können, dagegen sprach vor Allem das späte Eintreten der Dilatation, ferner die Dauer der letzteren und die ständige ruhige Herzthätigkeit. Ich nehme an, dass eine Entzündung der Aortenwand leichten Grades vorgelegen hat.

Cohnheim [1]) hat in seinen klassischen Arbeiten über die Vorgänge bei Entzündung der Gefässwand, der Arterien am wenigsten gedacht, da bei denselben dem vollen Bilde das Moment der Transsudation in die umliegenden Gewebe fehlt, da «die Arterien ja normaler Weise keinerlei Verkehr flüssiger Stoffe mit der Umgebung unterhalten, niemals irgend ein farbloses oder rothes Blutkörperchen extravasirt». Er sagt aber «dass die Gefässe als Organe oder selbstständige Körpertheile nur dann Sitz einer Entzündung werden können, wenn sie vasa vasorum haben. Aber in diesen fehlt so wenig die productive als die eitrige Entzündung, so wenig die chronische als die acute». Pag. 317 sagt Cohnheim: «Immer beginnt die Entzündung mit einer Erweiterung der Gefässe, welche je nach der Entzündungsursache, rasch sich einstellt oder langsam und allmälig Im ersten Falle beruht die Gefässdilatation anfangs auf einer Widerstandsabnahme durch Nachlass des Tonus und geht daher, wie jede echte Congestion mit einem beschleunigten Blutstrom einher. Falls aber die Entzündungsursache nicht zugleich eine sofortige Herabsetzung resp. Wegfall des Tonus mit sich bringt, so bildet sich die Erweiterung der Gefässe langsam aus, durch die successive und allmälig sich steigernde mole-

[1]) Vorlesungen über allgemeine Pathologie. 1862. Band I.

culäre Alteration der Gefässwandungen». Die der Dilatation folgende Wallungshyperämie Cohnheim's haben wir in meinem Falle beobachtet, die folgende Verringerung der Stromgeschwindigkeit kommt im Anfangstheile der Aorta wohl kaum in Rede. Aber die Vasa vasorum sind im Verlauf sicher stark gefüllt gewesen und von ihnen aus emigrirten die Blutzellen und trat das Extravasat in die Adventitia und die Muscularis. Diese Annahme ist wenigstens wahrscheinlich.

Das anatomische Bild acuter Aortitis ist oft gesehn worden und wird von vielen Autoren beschrieben, dagegen wird der klinische Begriff dieses Processes fast allseitig nicht anerkannt und findet nur in Frankreich, seit Bizat, Verfechter und Darsteller. Negirend äussern sich fast alle Kliniker Europa's, auch die meisten Frankreichs, und doch kommen französische Mittheilungen über Aortite aiguë immer wieder in der Literatur vor. Am umfassendsten hat in neuester Zeit diese Krankheit klinisch und anatomisch Huchard [2]) geschildert welcher derselben in seinem bekannten Werke über 100 Seiten widmet. Huchard giebt an, bei acuter Aortitis sei die Adventitia geschwellt, zeige vasculäre Arborisation, die Media sei verdickt, von embryonalen Zellen infiltrirt; die Intima stellenweise gebläht, uneben, glanzlos von gelblich grauer Farbe oder bläulich roth. Charakteristisch sei das Auftreten von gelatiniformen Plaques, die vorzüglich an den Abgangsstellen der Gefässe erscheinen und hier im späteren Verlauf schrumpfen und so eine obliterirende Aortitis darstellen. Die acute Dilatation der Aorta sei die Folge des Elasticitätsverlustes ihrer Wandungen, eine Folge davon aber die Erhebung der ersten abgehenden Gefässstämme, namentlich der Subclavia über ihr normales Niveau.

Eine Kritik der so häufigen, übereinstimmenden physikalischen Beobachtung französischer Aerzte ist unstatthaft, es wäre nur die Deutung derselben anzugreifen. Meinen Fall möchte ich, sowohl der Erscheinungsweise als der Deutung nach für eine acute Aortitis leichten Grades halten. Das jugendliche Alter der völlig gesunden Patientin, das Trauma, welches in einem senkrecht auf die Region des Aortenbogens auffallenden Gewicht bestand, die allmälig sich entwickelnde Dilatation der Aorta mit Hebung und Erweiterung der ersten abgehenden grossen Aeste, die andauernd verstärkte Füllung und Pulsation der letzteren — sind Momente die an einen wahren Entzündungsprocess denken lassen.

Die zahlreichen Krankengeschichten, die bei Huchard zu lesen sind, fordern insofern skeptische Auffassung heraus, als die geschilderten Symptomencomplexe wohl ausnahmslos Kranke oder physiologisch defecte Individuen betreffen. Verdächtig sind schon die für Entstehung der Aortite aiguë angeführten anamnestischen und aetiologischen Momente, da neben einander Gicht Rheumatismus, Alkoholismus, Syphilis, Malaria, Bleiintoxication figuriren, also lauter krankmachende Ursachen für die Arterie auf dem bekannten chronischen Wege. Von Aortitis nach Trauma erinnere ich mich keines unter den dort citirten Fällen. Nie wurde im Verlauf Fieber beobachtet, was man natürlich nicht gegen den Entzündungsprocess geltend machen kann. Huchard betont besonders das Ueberwiegen der Dislocation und Pulsation an der rechten Subclavia und Carotis, wofür der gerade Verlauf und das grössere Caliber der Anonyma prädisponiren soll. Dieses ist noch plausibler bei traumatischer Ursache, da die Anonyma näher und in längerem Verlauf sich hinter dem Sternum befindet, als die beiden anderen Gefässe, welche dem Aortenbogen entspringen. Ich habe die Veränderungen weitaus prägnanter und selbst länger dauernd an der linken Subclavia gesehen. Wenn übrigens Huchard Recht darin hat, dass die acute Aortitis oft den Ausgang in obliterirende Form nimmt und dann, wie oben bemerkt, die Ursprungsstellen der grossen Gefässe verengt, so verdient hier angeführt zu werden, dass Ziemssen [3]) in seiner Arbeit über Pulsus differens viel häufiger Stenosen der Subclavia sinistra gesehen hat, als an der rechtseitigen.

In dem von mir mitgetheilten harmlosen Krankheitsfalle können wir annehmen, dass vollständige Restitutio in integrum der Aortenwand erfolgt sei; auszuschliessen ist aber nicht die Möglichkeit von zukünftiger Störung der Function des Aortenrohres durch gesetzte Zerreissungen, Nekrosen, Verfettungen leichten Grades und geringfügiger Ausdehnung.

Bleibende Elasticitätsverluste bei chronischer Atherose der Aorta gelten als das häufigste ursächliche Moment der Aneurysmenbildung, sehr oft wird auf vorausgegangene Traumen der Brust hingewiesen; ein solches Trauma wird aber wohl kaum ohne acute oder subacute Entzündungsvorgänge zur Entstehung eines Aneurysma hinüberführen.

[2]) Maladies du coeur et des vaisseaux. 6me leçon: Aortite aiguë 1889.

[3]) Ueber den Pulsus differens und seine Bedeutung bei Erkrankungen des Aortenbogens. Deutsches Archiv für klinische Medicin. 1890. Bd. 46.

Referate.

Eichholz (Kreuznach): Uterusirrigation oder intrauterine Aetzung? (Frauenarzt 1890. Heft 12).

Verf. kommt zu folgenden Resultaten:

1. Die Uterusirrigationen mit den üblichen Desinfectionsflüssigkeiten in der zulässigen Stärke haben weder in prophylaktischer, noch in therapeutischer Beziehung den Werth, welchen man ihnen gewöhnlich beilegt.
2. In Anbetracht der Wirkungslosigkeit derselben einerseits, der Gefahren derselben andrerseits, bedingt durch den Luft- und Wassereintritt in Gefässe und Tuben und durch die leichte Möglichkeit der Vergiftung, sind dieselben durch andere Methoden zu ersetzen.
3. Die Uterusirrigationen sind in der Mehrzahl der Fälle zu ersetzen durch die Auspinselung des Uterus mit $ZnCl_2$ wie sie Rheinstädter für den nicht puerperalen Uterus angegeben hat. Dieser Methode haften die Gefahren der Uterusirrigation nicht an; wohl aber wird durch dieselbe das Uterusinnere viel wirksamer desinficirt. M. v. Strauch (Moskau).

B. Arnold: Ein weiterer Beitrag zur Salolbehandlung des acuten und chronischen Blasenkatarrhs. (Therap. Monatsh., Nr. 5. 1892).

Im Jahre 1888 (Therap. Monatsh. p. 329) hat Verf. über die günstige Wirkung des Salols bei Blasenkatarrh in Folge von Detrusorenlähmung berichtet. Seit dieser Zeit wandte er das Mittel bei vielen Fällen von chronischer und auch acuter Cystitis an und erzielte in relativ kurzer Zeit sehr gute Resultate. Es wurde gewöhnlich in Dosen von 1,0 3 mal täglich verabfolgt; dabei konnte Verf. sich leicht überzeugen, dass das Salol den alkalischen Urin sauer macht und den faulen Geruch beseitigt. Der trübe Urin klärt sich, das eitrig-schleimige Sediment nimmt stetig ab, wird leichter, flockiger und verschwindet meist vollständig. Die Harnmenge wird in der Regel vermehrt. Vom Magen wird das Mittel sehr gut und längere Zeit ertragen, wohl daher, weil das Salol im Magensaft vollkommen unlöslich ist und erst im Darm, nach Zutritt des Pankreassaftes, sich in Salicylsäure und Phenol spaltet. Bei Blasenausspülungen ist das Salol ein gutes Unterstützungsmittel, namentlich, wenn nur sehr schwache antiseptische Lösungen ertragen werden. Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

L. Löwenfeld: Die objectiven Zeichen der Neurasthenie. Münchener med. Abhandl. VI. Reihe III. Heft 1892. Lehmann, München.

Verf. hat sich der Mühe unterzogen, die bisher in der Literatur zerstreuten Angaben über objective Symptome der Neurasthenie zu einem Ganzen zusammenzustellen und das Material kritisch zu sichten. Die einzelnen Abschnitte handeln über Ernährung und Aussehen der Neurasthenischen, Injectionsverhältnisse der Haut, Verhalten der Pupillen und des Gesichtsfeldes, motorische Störungen, Sensibilitätsverhalten, mecha-

nische und elektrische Erregbarkeit der Nerven, Functionsstörungen des Circulationsapparates, des Darmtractus und der secretorischen Organe. In einem Anhange findet die Frage über die Beziehungen der Neurasthenie zur harnsauren Diathese Beleuchtung. Das Schriftchen soll dem Arzte vornehmlich dienlich sein in Fällen, wo der Gesundheitszustand einer Person begutachtet werden soll, an deren Glaubwürdigkeit der Arzt zweifelt.

Kallmeyer.

Hans Schmidkunz: «Psychologie der Suggestion». Stuttgart, Ferd. Enke. 1892.

Dem Bedürfniss nach einer eingehenden und umfassenden Bearbeitung des Phänomens der Suggestion vom psychologischen Standpunkt ist noch immer nicht genügt worden; es ermangelte einer befriedigenden Definition des Begriffes «Suggestion», es konnte den auf die Suggestion zurückzuführenden Erscheinungen kein Platz im System angewiesen werden. Schon der Umstand, dass jeder Autor auf diesem Gebiet es für nöthig befunden hat, eine eigene Definition dieses Begriffes zu suchen, lässt erkennen, dass keine dieser Definitionen den Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann. Ausserdem ist jede psychologische Ausnützung derselben unterblieben, da die Autoren sich ganz andere Ziele gestellt hatten. Bei diesem Stande der Dinge war es möglich geworden, dass der reiche Schatz der hypnotischen Erscheinungen, weil ohne festgefügten physiologischen Boden, die Mittel zu den extremsten psychologischen Speculationen hergeben musste, welche im mystischen Dunkel des Unbewussten mit unheimlicher Fruchtbarkeit gediehen.

Wie ist nun der Verf. diesen beiden Aufgaben gerecht geworden? — Mit der Definition, welche er vom Begriffe der Suggestion giebt, kann man wohl einverstanden sein. Auf einer ausführlichen Schilderung der verschiedenartigen Erscheinungsformen derselben basirend, definirt er sie als «Hervorrufung eines Ereignisses durch Erweckung seines psychischen Bildes» und gelangt dadurch zum Gesetz der Suggestion: «Unter gewissen Umständen kann auf eine Seele so eingewirkt werden, dass sich die ihr beigebrachte Vorstellung eines Phänomens in dieses selbst umsetzt». — An sich ist die Definition nicht neu, sie deckt sich mit mancher früher gegebenen; neu ist aber die energische Betonung des Umstandes, dass direct, ohne associativen Umweg, das hervorgerufene Bild zur Ausführung gelangt. Dadurch ist die Suggestion als eine eigenartige psychische Function characterisirt. Ihre Rolle im gewöhnlichen Leben ist nach Sch., nur eine secundäre, indem unsere ganze Erziehung sowie die fortschreitende Entwicklung des menschlichen Geschlechts die logisch-associativen Denkprocesse bevorzugt. Doch macht sie sich dem aufmerksamen Beobachter in allen ihren Formen zur Genüge geltend, so dass der praktische Psychologe, in unserem Falle der Arzt, immer mit ihr zu rechnen haben wird.

Es giebt aber eine Anzahl psychischer Zustände, in welchen die logisch-associative Thätigkeit gegen die suggestive in höherem oder geringerem Grade zurücktritt; die Hypnose ist ein solcher «suggestiver Zustand», der experimentell hervorgerufen werden kann, und infolge dessen auch am gründlichsten studirt worden ist. Ueberschlagen wir zuerst die Schilderung der hypnotischen Erscheinungen, welche einen breiten Raum im Buche einnimmt, um zu sehen, wie sich der Verf. mit dem zweiten und wichtigeren Theil seiner Aufgabe zurechtfindet. Hier verlieren wir aber bald das Gefühl, von einem sicheren Führer geleitet zu werden. Das Verhältniss der Suggestion zu den übrigen psychischen Functionen wird nur kurz gestreift, ihre Abgrenzung gegen dieselben in aphoristischer Weise gegeben, dagegen wird der Einfluss der neuen Lehre auf Philosophie und Dichtkunst, auf die Lehre von der Existenz einer Seele und die Moral in bilder- und citaten reicher Rede vorgetragen. Die Suggestion lässt ihren Verehrer manches für Gold ansehen, was die nüchterne Ueberlegung eher für Spreu zu schätzen geneigt ist, und demjenigen, der an den langsamen Schritt associativer Denkarbeit gewöhnt ist, fällt es schwer, die wirklich vorhandenen Goldkörner herauszusuchen. — Auch die Wiedergabe der Symptomatologie der Hypnose vermag, abgesehen davon, dass der Verf. naturgemäss nichts Neues bringen kann, nicht zu befriedigen. Das sichtliche Bemühen, möglichst vollständig zu sein, und allen Erscheinungen gerecht zu werden, hat leider zu dem andern Extrem, der Kritiklosigkeit, geführt. Die Binet'sche Beobachtung der Verdoppelung der hypnotischen Hallucinationen durch vorgehaltene Prismen bedarf doch noch mancher Nachprüfung, ehe eine auf derselben aufgebaute Theorie der Fortpflanzung der Netzhauterregung auf die Aussenwelt einer ernsthaften Discussion unterzogen werden kann. Auch die Ausführungen über Mentalsuggestion sind nicht geeignet, derselben neue Anhänger zuzuführen. Die wichtige experimentelle Arbeit Richet's wird z. B. garnicht erwähnt, während dieselbe doch die einzige wissenschaftliche That auf diesem Gebiete ist.

Trotz dieser und noch mancher anderer Mängel wird doch Jeder, der sich mit der Theorie des Hypnotismus beschäftigt, das Buch mit Interesse lesen. Es zeichnet sich aus durch eine lebendige, glanzvolle, zuweilen freilich etwas überschwengliche Darstellungsweise. Ueberall stösst man auf originelle Gedanken und geistreiche Bemerkungen, welche den Leser zwingen, zu jeder angeregten Frage Stellung zu nehmen. Wird der Autor auch öfter Widerspruch als Beistimmung hervorrufen, das Verdienst gebührt ihm doch, auf Probleme hingewiesen zu haben, deren Bearbeitung von Bedeutung für die Psychologie werden kann.

H. Dehio.

Fr. Schultze: Ueber die Heilwirkung der Elektricität bei Nerven- und Muskelleiden. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1892.

Die Brochüre enthält in etwas veränderter und erweiterter Form die im Jahre 1887 in Dorpat gehaltene und bisher nicht veröffentlichte Antrittsvorlesung des jetzt in Bonn weilenden Professors. Verf., ein Schüler Erb's, hat die elektrotherapeutische Station in Heidelberg von 1880—1887 verwaltet, hat aber durch die Application des elektrischen Stromes bedeutend weniger erfreuliche Resultate gesehen, als sein berühmter Lehrer. Bei Durchmusterung und Ausschliessung einer grossen Reihe von Krankheiten, in welchen die Anwendung des elektrischen Heilverfahrens empfohlen worden ist, konnte Verf. eine einigermassen günstige Beeinflussung des Heilungsvorganges nur verzeichnen bei einzelnen peripheren Lähmungen und bei Poliomyelitis acuta; ferner zeitweilig bei Blasen- und Darmschwäche, Hyperaesthesien, Neuralgien und Anaesthesien chronischer Rückenmarkskranker; bessere Resultate bei der Behandlung einzelner Symptome der Tabes und endlich eine «entschiedene» Wirkung der Elektricität bei Behandlung der Hysterie (Lähmungen und Anaesthesien). Wenn somit Verf. in seinem kritischen Werke die Indicationen für elektrotherapeutisches Handeln bei Erkrankungen des Nervensystems und der quergestreiften Muskelfasern bedeutend einschränkt, so verweist er andererseits auf viel günstigere Erfolge bei Bekämpfung von Schwächezuständen der glatten Muskulatur (so chron. Opstipation, Atonie des Magens und der Blase).

Ref. erinnert sich lebhaft des Eindruckes, den diese 1887 gehaltene Antrittsvorlesung auf die im Bewusstsein der alles heilenden Elektricität gereiften Zuhörerschaft machte. Es wird daher das längst erwartete Schriftchen den zahlreichen Schülern und Verehrern des Verf. herzlichst willkommen sein.

Kallmeyer.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung am 21. October 1891.

Dr. Kernig macht aus einer zum Druck bestimmten Arbeit die vorläufige Mittheilung, dass er seit Jahren an marantischen Individuen, die lange im Bett gelegen, unter Umständen (bisher seit 1879 etwa in 25 Fällen) an den Lungenspitzen über und unter den Claviculis sowie über den Fossis supraspinatis ganz deutliche Dämpfung bei Abwesenheit von auscultatorischen Erscheinungen constatirt habe, obgleich nachher bei der Section durchaus normale Verhältnisse vorlagen. Dr. K. hebt die Wichtigkeit dieses Umstandes in Bezug auf die Prognosenstellung und die Therapie hervor, da es auch andererseits Phthisiker gibt, die nur Dämpfung an den Lungenspitzen aufweisen, ohne auscultatorische Erscheinungen darzubieten, so dass man in gewissen Fällen bei zufälligem Vorhandensein anderer verdächtiger Momente leicht zu der irrthümlichen Diagnose einer Spitzenphthise verleitet werden könnte, während thatsächlich eine solche nicht vorliege, und erläutert die practische Bedeutung dieses Uebelstandes an der Hand einiger Beispiele. So könnte man in Fällen mit schweren Durchfällen auf die Dämpfung hin Darmtuberculose diagnosticiren, um so mehr da in Fällen von subacuter Phthise, wenn im letzten Stadium Durchfälle hinzutreten, die physicalischen Erscheinungen an den Lungen, namentlich die Rasselgeräusche, stark zurückzugehen pflegen. In einem Falle handelte es sich um ein junges Mädchen, welches an Abdominaltyphus erkrankt war. Nach mehrwöchentlicher Bettlage stellte sich Dämpfung an den Spitzen ein, was zeitlich mit dem Beginn des Fiebers eines Recidives zusammenfiel, wobei durch zufällige Verwechslung von Seiten der Assistenz noch angeblich Tuberkelbacillen im Sputum gefunden wurden. Die Dämpfung verschwand jedoch, als Patientin in der Reconvalescenz nach regelrechtem Ablauf eines zweifellosen Typhusrecidives sich aufzurichten und umherzugehen begann. In einem Falle von Influenza bei einer alten Frau mit katarrhalischer Pneumonie hatte die Dämpfung an den Lungenspitzen Veranlassung gegeben, an Phthise zu denken, welcher Irrthum jedoch bald durch den günstigen Verlauf aufgeklärt wurde. Denselben Irrthum rief ein marantisches Individuum hervor, welches seit dem April an Schluckbeschwerden litt und vor kurzem mit

stinkendem Athem und Sputum sowie ausgesprochener Dämpfung an den Spitzen und im linken Unterlappen aufgenommen wurde. Bald schon kam es zur Section, welche Oesophaguskrebs mit Perforation in den linken Unterlappen ergab,— Lungenspitzen gesund. In einem anderen Falle von Pylorusstenose, die operirt werden sollte, wurde die marantische Patientin vorher untersucht und von einem Collegen auf die Dämpfung an den Lungenspitzen hin als phthisisch erklärt. Es wurde die Frage aufgeworfen, ob es sich lohnen würde, sie zu operiren? Dr. Kernig erklärte es als marantische Dämpfung. Die Operation unterblieb jedoch infolge anderweitiger Umstände, Pat. starb und die Section ergab gesunde Lungenspitzen. Bei der Meningitis cerebro-spinalis, welche oft der Heilung zugänglich, kann diese Dämpfung auch zur Diagnose einer tuberculösen Meningitis und somit zu einer absolut schlimmen Prognose verleiten. Wenn man bedenkt, wie schwer Meningitische, die man ja kaum aufsetzen kann, einer genaueren Untersuchung der Lungenspitzen zugänglich sind, so wird man zugeben, dass ein solcher Irrthum leicht möglich ist. Die Erklärung für das von ihm besprochene Phänomen glaubt Dr. K. zunächst finden zu müssen in mangelhafter Füllung der Lungenspitzen mit Luft, die bei marantischen Patienten, welche lange zu Bett liegen, offenbar eintreten kann. Doch kommt dieser Befund nicht bei allen Marantikern vor, und ist von Dr. K., der einem weiblichen Hospitale vorsteht, nur an Frauen und nur in der Hospitalpraxis gesehen worden, offenbar weil in der Privatpraxis die Patienten doch meist eine viel sorgfältigere Pflege geniessen, als die hochgradig marantischen Individuen aus der Armenbevölkerung, welche so häufig ins Hospital aufgenommen werden.

Die Frage Dr. v. Lingen's, ob in Begleitung dieses Phänomens eine besondere Veränderung an der Thoraxformation wahrgenommen worden, beantwortet Dr. K. dahin, dass in solchen Fällen supra- und infraclaviculare Gruben auch sonst eingesunken sind. Dr. Amburger hebt hervor, dass dieser Zustand wohl speciell als Marasmus der Lunge bezeichnet werden müsse, dass er aber nicht gut durch allgemeinen Marasmus bedingt sein könne. Im Gegentheile verbirgt der Marasmus des Alters oft Lungenverdichtungen durch erhöhte Resonanz des Thorax. Dr. Kernig gibt Letzteres für die Lungenränder und überhaupt für die Untersuchung vorne zu, aber nicht für die Lungenspitzen. Die Frage Dr. Masing's, ob die Section in diesen Fällen nicht eine gewisse Atelectase der Lungenspitzen nachgewiesen habe, verneint Dr. Kernig; doch liesse sich schwer beweisen, ob die Lungenspitzen in diesen Fällen soviel Luft enthalten hätten, als wenn sie genügend geathmet hätten.

Dr. Lehmann macht darauf aufmerksam, dass der Umstand, dass das besprochene Phänomen bisher allein bei Frauen beobachtet worden, vielleicht in dem dem weiblichen Geschlechte eigenthümlichen Costaltypus der Respiration seine Erklärung finden könnte. Bei diesem Respirationstypus müsse jede Abschwächung der Athmung zunächst in den oberen Partieen des Thorax zum Ausdruck gelangen.

Dr. Petersen hat häufig alte Personen secirt und ist ihm aufgefallen, dass die oberen Lungenlappen stets wenig ausgedehnt waren.

Dr. de la Croix ist gleichfalls der Ansicht, dass das besprochene Phänomen doch noch am Ehesten durch eine gewisse Atelectase der Lungenspitzen, hervorgerufen durch mangelhafte Luftfüllung der letzteren, seine Erklärung finden könnte. Dieselbe würde sowohl die Dämpfung des Schalles als auch bis zu einem gewissen Grade das Fehlen des vesiculären Athmens erklären. Er hat selbst keine eigenen typischen Fälle beobachtet, vielleicht weil er seit Jahren in einer männlichen Abtheilung beschäftigt ist, zieht jedoch zum Vergleiche heran die geringen auscultatorischen Erscheinungen, die sich bei der croupösen Pneumonie der Greise und Greisinnen infolge der wenig ausgiebigen Respirationsbewegungen des Thorax darbieten.

Dr. v. Lingen hat ähnliches vor Kurzem gemeinschaftich mit Dr. Koch bei einem Kinde beobachtet, das zum dritten Male an catarrhalischer Pneumonie erkrankt war. Der paralytisch dilatirte Thorax gab gleichfalls keine auscultatorischen Erscheinungen.

Sitzung vom 18. November 1891.

Dr. de la Croix hat, angeregt durch das von Dr. Kernig auf der vorigen Sitzung mitgetheilte Phänomen einer Dämpfung an den Lungenspitzen von marantischen Individuen, die lange im Bett gelegen, bei Abwesenheit von auscultatorischen Erscheinungen und aufmerksam gemacht durch einen Befund, der sich oft bei Sectionen darbietet, dass nämlich häufig an dem oberen Lungenlappen eine deutliche Impressionsfurche vorhanden ist, die von der Clavicula und dem oberen Rande der ersten Rippe herrührt und oft in nächster Nähe an den Lungenspitzen vorüberzieht, an Leichen Untersuchungen über die topographische Lage der Lungenspitzen angestellt. Zunächst stellte er an einigen Leichen, denen er vor der Eröffnung der Körperhöhlen eine Reihe von langen metallischen Nadeln in verticaler Richtung hart über dem oberen Claviculararrande bis auf die hintere Thoraxwand einstiess, wobei die Leichen sich in horizontaler Lage mit an die Schenkel gezogenen Armen und genau in der Mittellinie befindlichem Kopfe auf einer horizontalen Tischfläche befanden, fest, dass diejenigen Nadeln am sichersten die Lungenspitzen resp. das Lungengewebe unterhalb derselben treffen, welche in der Mitte des Schlüsselbeinansatzes des Kopfnickers hart über dem oberen Schlüsselbeinrande eingestochen werden. Hiernach wäre also die Lungenspitze vor der Eröffnung des Thorax bedeutend näher der Mittellinie zu suchen, als nach den Angaben Gerhardt's, nach denen sich die Lungenspitzen nach innen zu längs des hinteren Randes des Kopfnickers begrenzen soll.

Auf die beschriebene Weise hat Dr. de la Croix sich dann an 30 Leichen zu orientiren gesucht, um wieviel die äusserste Lungenspitze den durch die Nadel erzeugten Stichkanal, d. h. also den oberen Claviculарrand überragt, und hierfür verschiedene Werthe bis höchstens 3 Cm. gefunden. In 6 von den 30 Leichen hatten die Nadeln jedoch beim Einstich über dem Claviculаrrande gar kein Lungengewebe mehr angetroffen und zwar in 2 Fällen beiderseits, in 3 Fällen nur rechterseits, in 1 Fall nur linkerseits. In diesen Fällen bot der Sectionsbefund jedoch immer etwas Besonderes dar, woraus sich Fingerzeige zur Erklärung dieses Verhaltens der Lungenspitzen ableiten liessen. In einem dieser Fälle, wo die Nadel rechts gar nicht mehr die Lungenspitze erreichte, letztere links den Stichkanal der Nadel nur noch 1 Cm. überragte, handelte es sich um eine 31jährige Frau, die im 6. Schwangerschaftsmonate ins Peter-Paul-Hospital mit eiteriger Peritonitis aufgenommen wurde und am Tage vor dem Tode abortirt hatte. In diesem Falle mag durch die plötzliche Entlastung des von Seiten der Bauchhöhle auf dem Diaphragma lastenden Druckes nach eingetretenem Aborte ein Tieferrücken der Lungen und damit auch der Lungenspitzen stattgefunden haben. Einen zweiten Fall, in welchem beiderseits die Lungenspitzen nicht mehr von der Nadel erreicht worden, repräsentirte ein 51jähriger Mann mit fassförmigem Thorax, der 26 Tage im Hospital gelegen hatte und dessen Section ein Aneurysma des Aortenbogens zwischen manubrium sterni und der Wirbelsäule gelegen ergab, welches in den Oberlappen der linken Lunge perforirt war. Ausserdem lag noch Lungenemphysem vor. Offenbar hatte jedoch namentlich das zwischen Wirbelsäule und Brustbein eingekeilte Aneurysma bei seinem Wachsthum das Brustbein nach vorn und oben gedrängt, wodurch auch die Rippen gezwungen wurden, dieselbe Excursion mitzumachen. Daraus resultirt aber eine allgemeine Umfangszunahme des Thorax und eine Vergrösserung seines Rauminhaltes, welche wahrscheinlich erst durch ein Hinabtreten der Lungenspitzen genügend ausgeglichen werden konnte. Ref. vergleicht die aus der oberen engeren Thoraxapertur hervorragenden Lungenspitzen mit der Flüssigkeitssäule eines Manometerrohres, an dessen unterem Ende sich ein ausdehnungsfähiger Ballon befindet. Dehnt letzterer sich aus, so muss die Flüssigkeitssäule im Rohre sinken. Ganz ähnlich scheinen die Lungenspitzen, falls sie nicht durch Adhaesionen zu stark fixirt sind, in den Thoraxraum zurückschlüpfen zu können, wenn letzterer sich verhältnissmässig plötzlich erweitert. So auch ist er der Ansicht, sich einen weiteren Fall erklären zu müssen, wo die Nadel links die Lungenspitze nicht mehr getroffen hatte, die rechte Lungenspitze dagegen den Stichkanal der Nadel noch um 1,5 Cm. überragte. Hier fand sich bei der Section einer 33jährigen Frau, die 4 Tage im Hospitale gelegen hatte, nur croupöse Pneumonie des linken Unterlappens vor. Diese von starker Volumzunahme des betroffenen Lungentheiles begleitete Erkrankung ist gleichfalls im Stande eine Erweiterung des Thorax zu bewirken, wenngleich nur in mässigem Grade und zwar hauptsächlich an der erkrankten Seite. Infolge dessen finden wir rechts einen beträchtlichen Tiefstand der Lungenspitze, links dieselbe sogar aus der oberen Thoraxapertur ganz zurückgetreten. Im vierten Falle waren wiederum beiderseits die Lungenspitzen nicht mehr von den Nadeln getroffen worden. Es handelte sich um linksseitigen Pneumothorax bei einem 37jährigen Phthisiker, der 2 Tage im Hospital gelegen hatte. Die links eingetretene Atelectase der Lungen macht für diese Seite den Tiefstand der Lungenspitze ohne Weiteres verständlich, doch scheint das Bemühen der rechten Lunge nach eingetretener Verminderung des Druckes von Seiten des Pneumothorax sich nach der linken Seite zu vicariirend auszudehnen, das Zurücktreten auch der rechten Lungenspitze aus der oberen Thoraxapertur bis unter den Rand der Clavicula bewirkt zu haben. In diesem Falle würde es sich also weniger um eine Erweiterung des Thorax, als im Gegentheil um eine durch die Atelectase bewirkte Verminderung des Lungenvolumens handeln, die, ähnlich wie die durch Kälte bewirkte Verminderung des Quecksilbervolumens ein Sinken der Quecksilbersäule im Thermometerrohre, — so hier ein Zurücktreten der Lungenspitzen aus der engen oberen Thoraxapertur veranlasst hat. Dieser Fall leitet nach Ansicht des Referenten direct zu den Kernig'schen Fällen hinüber. Es wäre nicht undenkbar, dass auch bei marantischen Individuen, die lange im Bett gelegen, durch Atrophie, mangelhafte Luft- und Blutfüllung eine derartige

Volumsabnahme der Lungen eintreten könnte, dass dieselben nicht mehr wie früher im Stande wären, den Thorax genügend auszufüllen, infolge dessen dann die Lungenspitzen, ohne eine besondere Atelectase aufzuweisen, in ähnlicher Weise aus der oberen Thoraxapertur zurückschlüpfen müssten. Hierdurch liesse sich die Dämpfung bei Abwesenheit von auscultatorischen Erscheinungen zunächst wenigstens für die Region oberhalb der Clavicula erklären. Ref. proponirt daher in einschlägigen Fällen bei der Section das einfache Experiment mit den langen metallischen Nadeln, welche ja auch in zweiter Reihe unterhalb der Clavicula und ersten Rippe eingestochen werden könnten, und zwar vor Eröffnung der Körperhöhlen, vorzunehmen. D. z. Director: Dr. v. Lingen.

Secretär: Dr. Jalan de la Croix.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Als Medicamenten-Vehikel für Salben empfiehlt Kohn das Epidermin. Dasselbe ist ein künstlich aus reinem Bienenwachs, Wasser und Glycerin hergestelltes Liniment. Die milchige, halbflüssige Masse wird an der Luft consistenter und trocknet auf die Haut gestrichen in einigen Minuten zu einem festen, elastischen und zarten Häutchen ein, in dem es das zugesetzte Medicament in fein vertheiltem Zustande einschliesst. (Internat. klin. Rundschau Nr. 15).

— Clemens sucht die Gefahr, welche beim Chloroformiren aus der leichten Zersetzlichkeit des Chloroforms erwächst, dadurch zu vermindern, dass er dem Chloroform stets etwas Alkohol zusetzt. Derselbe soll die Zersetzung durch Licht wie auch die gefährliche Selbstentmischung verhindern. (Der ärztl. Practiker Nr. 12).

— Arno Scheibe: Ueber die Influenzabacillen bei Otisis media (Sepabdr. d. Münch. med. Wchschr. 92 Nr. 14). Schon während der Influenzaepidemie vor 2 Jahren hat Verf. in 12 frischen Fällen von Otitis media supp. nach Influenza im Eiter ausser Kokken Stäbchen gesehen, welche indess auf den gewöhnlichen Nährböden (Agar u. s. w.) mit den üblichen Methoden sich in keinem Falle züchten liessen. (Centralbl. f. Bakteriol. 1890 Nr. 8). In der letzten Epidemie war das Resultat das gleiche. Nach Verf. kann daher kaum noch ein Zweifel bestehen, dass die gesehenen Stäbchen in der That als die Erreger der Influenza anzusprechen sind, und ist die Annahme wohl berechtigt, dass die von ihm gesehenen Stäbchen mit dem von den Berliner Forschern gezüchteten Influenzabacillen identisch seien, von denen sie nur in sehr unwesentlichen Momenten differiren.

— Woinowitsch empfiehlt gegen die Hypersecretion des Magensaftes das schwefelsaure Atropin.

Bei einem Patienten, der seit einigen Jahren sehr unter der anormalen Menge des Magensaftes zu leiden hatte und bei dem die verschiedensten Mittel ohne jegliche Wirkung angewandt worden waren, verordnete er Atropini sulfurici gr. 1/80 (0,0008) 3 Mal täglich. Schon nach einigen Tagen trat subjective Besserung ein, und die früheren Beschwerden liessen bald nach.

(Bolnitschnaja Gazeta Botkina Nr. 44, 1891).

Vermischtes.

— Ordensverleihungen: Der St. Alexander-Newski-Orden — dem berathenden Mitgliede des militär-medicinischen gelehrten Comités und des Medicinalrathes und Präsidenten des Curatoriums des Elisabeth-Kinderhospitals, Geheimrath Dr. Joh. Balinski. Der St. Wladimir-Orden III. Classe — dem Arzt des Hofes des Grossfürsten Michail Nikolaewitsch, wirkl. Staatsrath Dr. Heinr. Schilling.

— Verstorben: 1) Am 22. Juni n. St. in Bad Muskau (Schlesien) der ehemalige Quarantaine-Arzt in Feodossia, wirkl. Staatsrath Dr. Ferdinand Ehrhardt. 2) Der Gehülfe des Militär-Medicinalinspectors des Warschauer Militärbezirks, Staatsrath Dr. W. N. Goroshankin, im 53. Lebensjahre. Der Verstorbene hatte seine medicinische Ausbildung auf der Charkow'schen Universität erhalten und im Jahre 1876 an der medico-chirurgischen Academie die medicinische Doctorwürde erlangt. 3) Am 29. Mai in Orlow (Gouv. Wjatka) der dortige Landschaftsarzt Wl. A. Stolbowski im 43. Lebensjahre. Obschon der Hingeschiedene 18 Jahre als Landschaftsarzt in Orlow gedient, hat er doch seine Frau mit drei Kindern ganz mittellos zurückgelassen. Glücklicherweise war er Mitglied der med. Unterstützungscasse, so dass die Familie einigermaassen, wenn auch kärglich, versorgt ist. Wie beliebt der Verstorbene bei den Einwohnern und den Collegen war, bewies die allgemeine Betheiligung bei der Beerdigung und der Umstand, dass in dieser kleinen und armen Stadt in wenigen Stunden 250 Rbl. zum Besten seiner Familie gesammelt wurden (W.). 4) In Tomsk der Universitätsarzt und Ordinator des dortigen Gefängniss-Hospitals, Nikita Akermann im 54. Lebensjahre. Der Verstorbene war in Moskau geboren und studirte von 1857–61 Medicin in Dorpat. Nach Erlangung des Arztgrades wurde er Arzt an einem Hospital in Tomsk, war dann praktischer Arzt daselbst und seit der Gründung der Universität Arzt derselben. 5) Am 24. Juni n. St. in Schöneberg bei Berlin nach langer Krankheit der bekannte Kliniker, Prof. Anton Biermer im 65. Lebensjahre. Der Verstorbene begann seine academische Carrière als Privatdocent in Würzburg (1851), wurde 1861 Professor in Bern, siedelte 1867 in gleicher Eigenschaft nach Zürich über und folgte im J. 1874 einem Rufe nach Breslau, wo er bis zum vorigen Semester die medicinische Klinik leitete. Seine Verdienste um die Entwickelung vieler Zweige der inneren Medicin, um die Ausbildung der physikalischen Untersuchungsmethoden, um die Krankheiten des Blutes u. s. w. sind allgemein bekannt.

— Wie verlautet, geben drei der ältesten Professoren der militär-medicinischen Academie demnächst ihre Lehrthätigkeit an der Academie auf. Es sind die Professoren J. P. Mierzejewski (Psychiater), W. M. Tarnowski (Syphilidolog) und N. W. Ssokolow (Chemiker). Als Nachfolger Ssokolow's wird der Professor der med. Chemie, an der Charkower Uniwersität, Dr. A. J. Danilewski genannt.

— Zur Leitung der bacteriologischen Station in Odessa ist Dr. Buiwid, welcher gegenwärtig dem städtischen hygienischen Laboratorium in Warschau vorsteht, berufen worden. (Wjestnik Weterinarii — Wr.).

— Am 29. Mai wurde die neugegründete Gesellschaft der Neuropathologen und Psychiater an der Kasanschen Universität eröffnet. Bei der Eröffnung wurden von Prof. Bechterew, 2000 Rbl. überreicht, welche Frau Olga Karpow zum Besten der Gesellschaft gespendet hat. Letztere wurde in Folge dessen zum Ehrenmitgliede der Gesellschaft gewählt.

— Dr. F. K. Trapesnikow hat sich mit Genehmigung der Conferenz der militär-medicinischen Academie als Privatdocent der Syphilidologie an der genannten Academie habilitirt.

— Wie verlautet werden Prof. R. Virchow und sein Sohn Prof. Hans Virchow (Anatom in Berlin) an dem bevorstehenden internationalen Congress für Archäologie und Anthropologie und für Zoologie in Moskau theilnehmen.

— Als Vertreter Russlands ist Prof. Wedenski zu der 300jährigen Jubelfeier der Universität Dublin abdelegirt worden. — Gelegentlich dieses Jubelfestes hat die Dubliner Universität Auszeichnungen an hervorragende Gelehrte verliehen und zwar sind in der medicinischen Facultät zu Ehrendoctoren ernannt: Herzog Dr. Carl Theodor von Bayern, Gusserow (Berlin), Billings (Vereinigt. Staaten), Thomas Bryant, Andrew Clarke, John Hutchinson, Grainger Stewert; zu Drs. of sciences: Waldeyer, Lud. Hermann (Physiolog), Kollmann (Anatom).

— Die Choleraepidemie in Transkaukasien breitet sich mit jedem Tage weiter aus. In Baku, welches den Ausgangspunkt dort bildete, herrscht sie in hohem Grade. Leider sind die im «Regierungsanzeiger» veröffentlichten Daten über die in Baku Erkrankten derart ungenau, dass sich die Zahl derselben auch nicht annähernd feststellen lässt. Die Zahl der Cholera-Todesfälle in Baku beträgt nach der Zusammenstellung, die wir aus den täglichen Bulletins zu machen versucht haben: vom 6.—22. Juni incl. bereits ca. 700, während die Zahl der Genesenen recht gering (ca. 90) ist. Von Baku aus hat die Seuche bereits den Weg in viele Städte Transkaspiens, wie Schuscha, Schemacha, Jelisawetpol, Kuba, Sakataly und andere genommen. In Tiflis, wo die Cholera bereits vor 2 Wochen aufgetreten, ist sie bis jetzt in bescheidenen Grenzen geblieben. Nach Astrachan ist die Seuche durch Provenienzen vom Kaspischen Meere eingeschleppt worden und sind namentlich auf der 9 Fuss tiefen Rhede bei Astrachan zahlreiche Erkrankungen vorgekommen. Von dort hat die Cholera den Weg längs dem Lauf der Wolga eingeschlagen und ist bereits in Zarizyn und Ssaratow aufgetreten. Aus letzter Stadt wurden vom 20.—22. Juni 49 Erkrankungen mit 11 Todesfällen gemeldet. Aus dem transkaspischen Gebiet in Turkestan liegen aus letzter Zeit keine officiellen Daten über den Stand der Cholera vor.

— Die «Allgemeine medicinische Centralzeitung», die älteste und wohl verbreitetste aller gegenwärtig bestehenden ärztlichen Zeitungen Deutschlands (61. Jahrgang) ist in den Besitz der Verlagshandlung von Oscar Coblenz in Berlin übergegangen. Als Redacteur zeichnet Dr. H. Lohnstein, welcher bereits seit dem Tode Dr. Rosenthal's die wissenschaftliche Leitung des Blattes in Händen hat. Die neue Leitung will dem Bestreben der bisherigen Redaction das Neueste und Wissenswertheste aus der theoretischen und praktischen Heilkunde aller civilisirten Völker zu concantriren, treu bleiben, jedoch soll die Ausführung dieses Programms

den veränderten Verhältnissen der zeitgenössischen Wissenschaft entsprechend auf breiterer Basis, als bisher, erfolgen. Vor Allem werden zwar die Bedürfnisse des praktischen, kein Specialfach besonders pflegenden Arztes im Auge behalten, aber neben den vorwiegend praktischen Fächern auch die theoretischen Grunddisciplinen der Medicin, soweit sie der Praxis dienen, berücksichtigt werden. Ebenso soll der Hygiene und den ärztlichen Standesfragen volle Berücksichtigung zu Theil werden.

— Da der letzte Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie beschlossen hat, die Sammelforschung über die Narcotisirungs-Statistik fortzusetzen, um ein noch grösseres Zahlenmaterial zu gewinnen, so ersucht der Vorstand der Gesellschaft seine Mitglieder, die Aufzeichnungen der von ihnen beobachteten Narcosen da wieder aufzunehmen, wo sie in ihren früheren Berichten aufgehört haben, sie bis Ende Februar 1893 fortzuführen und den Bericht sodann bis spätestens zum 15. März 1893 dem ständigen Schriftführer, Prof. Dr. Gurlt in Berlin, zu übersenden.

— Von den Verhandlungen der vorigjährigen Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Halle ist soeben der II. Theil, enthaltend die Abtheilssitzungen unter der Redaction der Proff. Fedor Krause und Wangerin erschienen.

— Der diesjährige (XX.) deutsche Aerztetag fand am 27. und 28. Juni in Leipzig statt. Den Vorsitz führte wieder der Geh. Sanitätsrath Dr. Graf, (Elberfeld), welcher seit der Gründung des Aerztetages ununterbrochen die Versammlungen mit bewährtem Geschick geleitet hat

Zum deutschen Aerztevereins-Bunde gehören gegenwärtig 233 Vereine mit 12,801 Mitgliedern, also ca. ²/₃ des gesammten ärztlichen Personal Deutschlands. Von diesen waren 149 Vereine durch 104 Delegirte diesmal vertreten.

Auf der Tagesordnung des diesjährigen Aerztetages standen, wie wir aus dem Berichte der «Berl. klin. Wochenschr.» ersehen, unter anderen zwei Gegenstände, welche besonderes Interesse erwecken: die Prüfung der Specialärzte und die Abmahnung vom Studium der Medicin.

Bezüglich der Specialisten-Frage, für welche der Referent Dr. Stimmel (Leipzig) 4 Thesen aufgestellt hatte, wurden nach längerer Debatte folgende 3 Sätze angenommen: 1) Der Aerztetag erkennt an, dass in der Entwickelung des Specialistenthums sich Auswüchse gebildet haben, deren Bekämpfung im Interesse des ärztlichen Standes, sowie im Interesse des Publikums liegt. Als wirksamstes Mittel hiergegen erklärt der Aerztetag eine stramme Vereins-Organisation und eine darauf gegründete Aerzteordnung. — 2) Die Einrichtung einer besonderen Prüfung für Specialärzte ist zu verwerfen. — 3) Ein Verbot jeder näheren specialistischen Bezeichnung liegt weder im ärztlichen Interesse noch in demjenigen des Publicums. — Die 4. These, welche Bestimmungen betraf, nach welchen diejenigen Mitglieder der ärztl. Vereine welche sich Specialisten nennen, auf Ausübung allgemeiner Praxis verzichten müssen, wurde mit grosser Majorität abgelehnt.

Ausserordentliches Interesse erweckten darauf die Ausführungen des bekannten Berliner Gynäkologen Dr. A. Martin, welcher in beredter Weise den Antrag des Berliner Friedrich-Wilhelmstädtischen Bezirksvereins vertheidigte, wonach in jedem Jahre zur Zeit der Entlassung der Abiturienten eine öffentliche Abmahnung von dem Studium der Medicin erfolgen sollte. Zur Begründung wies Dr. Martin darauf hin, dass die Erwerbsverhältnisse der Aerzte durch die Krankenkassenverhältnisse erheblich geschädigt seien, dass die Zulassung von Frauen zum medicinischen Studium in Aussicht stehe und gab sodann auf Grund der amtlichen Steuerlisten eine Zahlen-Zusammenstellung, betreffend die Zunahme der Aerzte in Preussen. Während 1885/86 die Zahl der Medicinstudirenden 7781, die der Approbationen 998 und die Zahl der Aerzte auf 10,000 Einwohner 3,4 betrug, stiegen diese Zahlen 1891/92 bereits auf 8902, resp. 1571 und 3,97. In den Jahren 1876—87 fand eine Zunahme der Bevölkerung um 9,7 pCt., eine Zunahme der Aerzte aber um 15,4 pCt. statt. Interessant sind die Angaben über die Erwerbsverhältnisse der Berliner Aerzte. Nach den Ergebnissen der Selbsteinschätzung von 1615 Berliner Aerzten und 132 Zahnärzten (zusammen also 1747) haben 855 ein Gesammteinkommen aus Praxis und Vermögen unter 3000 Mark, gehören also nicht zu den zur Selbsteinschätzung herangezogenen. Von den übrig bleibenden 892 Censiten fallen etwa 50 weg, welche die ärztliche Praxis nicht als Erwerbsquelle bezeichnen (beamtete Aerzte, Gelehrte und dgl. m.); von dem Reste von 842 haben aber etwa 150 das Einkommen aus ärztlicher Praxis unter 3000 Mark eingeschätzt. Es ergiebt sich also, dass ¹⁰/₁₇ der Berliner Aerzte aus der ärztlichen Praxis weniger als 3000 Mk. erwerben. Von den ⁷/₁₇, welche mehr einnahmen, gewinnt die grösste Mehrzahl knapp einen solchen Betrag, wie er in der grossen Stadt als ausreichend für eine einigermassen bequeme Existenz für den arbeitenden gebildeten Mann und seine Familie anzusehen ist. Nur 250 haben 8000 Mark, 170 über 10,000 Mk., also etwa 10 pCt. aller Aerzte in Berlin. Die Zahl der ein Vermögen Sammelnden ist verschwindend gegen die Zahl derjenigen, welche mit schweren Schuldenlasten kämpfen.

Obwohl nun im Aerztetage keine Zweifel darüber laut wurden, dass die materielle Lage der Aerzte eine ausserordentlich schlechte sei und man den Ausführungen Dr. Martin's beistimmte, so hielt man doch das vorgeschlagene Heilmittel dagegen, nämlich das öffentliche Abmahnen vom Studium der Medicin, nicht für geeignet, sondern lehnte den Antrag, freilich mit nur 37 gegen 36 Stimmen ab.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 21. Juni d. J. 5529 (55 mehr als in der Vorwoche), darunter 326 Typhus — (14 mehr), 576 Syphilis — (31 mehr), 31 Scharlach — (11 weniger), 17 Diphtherie — (4 mehr), 79 Masern — (12 weniger) und 11 Pockenkranke (1 weniger als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Zu Anfang des Septembers d. J. wird die Stelle des Arztes bei der Fabrik Quellenstein in Livland vacant. Die Meldung geschieht unter Angabe des bisherigen Wirkungskreises bei dem Fabrikbesitzer A. Zoepffel, Quellenstein, Livland.

2) Es wird ein Arzt für das Kirchdorf Nowo-Grigorjewka im Kreise Melitopol (Taurien), wo eine Apotheke vorhanden ist, gesucht. Fixum 500 Rbl. jährlich bei freier Praxis im Kirchdorfe und der Umgegend. Nähere Auskünfte ertheilt der Provisor E. J. Laskin (Adresse: Станція Елань — Загать, Таврической губ.). Für die Antwort ist eine Postmarke beizufügen.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 14. Juni bis 20. Juni 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
268	242	510	99	68	100	12	10	9	29	31	37	49	45	15	6	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 5, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 48, Scharlach 8, Diphtherie 4, Croup 1, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 12, Erysipelas 6. Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 69, Tuberculose anderer Organe 1, Alkoholismus und Delirium tremens 0, Lebensschwäche und Atrophia infantum 41, Marasmus senilis 19, Krankheiten des Verdauungscanals 58, Todtgeborene 24.

Die Bibliothek des Vereins St. Petersburger Aerzte wird im Laufe des Sommers zugänglich sein am Dienstag und Freitag von 4—6 Uhr und am Mittwoch im Laufe des ganzen Tages.

Дозв. ценз. Спб. 26 Іюня 1892 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Liteiny Prospect, № 55, Qu. 13 zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 27 St. Petersburg, 4. (16.) Juli 1892

Vierter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der vierte Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte findet in **Wenden** statt und währt vom **14.—16. September** d. Jahres.

Vorträge, deren Dauer die Zeit von 15 Minuten nicht überschreiten darf, werden die Herren Aerzte ersucht, unter genauer Angabe des Themas und kurzer Wiedergabe des Inhalts baldmöglichst, spätestens aber bis zum 1. August c. bei Unterzeichnetem anzumelden.

Im Namen des Vorstandes:
d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Fellin.

Aus dem deutschen Alexander-Hospital für Männer.

Casuistische Mittheilungen

von

Dr. H. Westphalen
Prosector.

II. Ein Fall von primärem Carcinom der Leber.

Es ist eine bemerkenswerthe Thatsache, dass in gewissen Fragen Kliniker und Pathologen so häufig in Widerspruch zu einander stehen, dass einzelne Krankheitsvorgänge von den Klinikern als häufig angesehen werden, in welchen der Pathologe eine grosse Seltenheit erblickt. Auf diesem Punkte befinden wir uns auch gegenüber der Frage von dem primären Leberkrebs. Während der praktische Arzt nur zu sehr geneigt ist, die Diagnose «Leberkrebs» zu formuliren und den primären Sitz desselben in die Leber zu verlegen, ist der Prosector nur sehr selten in der Lage sich einer solchen Auffassung anzuschliessen. So häufig er Gelegenheit hat ein metastatisches Lebercarcinom, namentlich bei primärem Sitze der Geschwulst am Magen, der Mamma und dem Ovarium, zu beobachten, so selten begegnen ihm Fälle von wirklich primär in der Leber entstandenem Carcinom.

Früher, wo man am Sectionstisch geneigt war, aus der überwiegenden Grösse einer Geschwulst auch auf die primäre Natur derselben zu schliessen, war das anders, da waren primäre Leberkrebse keine Seltenheit (vergl. die Angaben von Lebert [1]) und Frerichs [2]). Jetzt, wo wir den Nachdruck auf die histiogenetischen Verhältnisse eines Tumors zu legen gewohnt sind, erblicken wir ein primäres Carcinom der Leber relativ selten. Für die Rarität eines solchen Vorkommens würde sprechen, dass Riesenfeld [3]) im Jahre 1868 unter 69 im pathologischen Institut zu Berlin secirten Leberkrebsen nicht im Stande war auch nur einen einzigen Fall zu erbringen, der einwandsfrei in der Leber entstanden sein musste. Er leugnet infolge dessen direct die Möglichkeit einer Entwickelung des Carcinoms aus Lebergewebe. Das gleiche Resultat geht auch aus der Statistik von Burhenne [4]) aus dem Jahre 1887 hervor, welche sich auf das pathologische Material des Göttinger Institutes stützt. Die letzte Zusammenstellung von Hansemann [5]) aus dem pathol. Institut in Berlin ergiebt auf Grund der Protokolle von 1870—1889, dass auf 258 Leberkrebse überhaupt, 25 primäre Carcinome der Gallenblase, 2 primäre Carcinome der grösseren Gallenwege und nur 6 primäre Leberkrebse kommen.

Bei einer solchen Statistik ist es auch begreiflich, dass eine Zeit lang das Vorkommen des primären Lebercarcinoms vollständig geleugnet wurde und es mehrfacher Arbeiten bedurfte, bis die Möglichkeit einer Entstehung eines Krebses in der Leber festgestellt wurde.

Augenblicklich unterscheidet man den primären Leberkrebs in 3 Formen, die sich ziemlich scharf von einander trennen lassen (Ziegler [6]) Hansemann).

[1]) Lebert. Traité pratique des maladies cancereuses et des affections curables, confondues avec le cancer.
[2]) Frerichs. Klinik der Leberkrankheiten. II. Bd.
[3]) Riesenfeld. Ueber 69 im path. Inst. zu Berlin in der Zeit von 1864 bis zum 15. Juni 1868 vorgekommene Fälle von Krebs der Leber. Diss. Berlin 1868.
[4]) Burhenne. Beiträge zur Statistik des Leberkrebses 1887 Diss. Göttingen.
[5]) Hansemann. Berl. klin. Wochschr. 1891, Nr. 16.
[6]) Ziegler. Lehrb. d. allg. und spec. path. Anat. 6. Aufl. Bd. II. p. 604.

Bei der ersten Form, welche nach Hansemann sehr selten sein soll, finden sich meist ein oder mehrere grössere solitäre Knoten in der Leber und in ihrer Umgebung noch mehrere kleinere Herde, die als locale Metastasen aufzufassen sind (Weigert [7]).

Die zweite Hauptform führt den Namen «diffuse krebsige Entartung der Leber, infiltrirter Leberkrebs, Cancer avec cirrhose» und scheint nicht so selten zu sein; nach Rodais [8]) macht sie mehr als $^1/_3$ aller primären Leberkrebse aus. Das makroskopische Aussehen ist dasjenige einer atrophischen Lebercirrhose, mit welcher wohl auch der Krebs in Beziehung stehen dürfte. Mikroskopisch findet man, dass das von den Bindegewebszügen eingerahmte Gewebe dem Bau eines Carcinoms entspricht.

Als dritte Form ist zu erwähnen diejenige, bei welcher die ganze Leber von zahllosen, meist kleinen Knoten durchsetzt ist, welche carcinomatöse Structur darbieten. Nach Ziegler sollen die Krebsknoten dem Verlaufe der Portalgefässe folgen, an den kleinern Aesten kleiner, an den grössern grösser sein.

Was den Boden für die Entstehung des Lebercarcinoms anbetrifft, so scheint dasselbe sowohl aus Leberzellen als auch aus Gallengangepithelien, welche ja auch nur modificirte Leberzellen sind, hervorzugehen. Naunyn [9]) Fetzer [10]), Waldeyer [11]), Kindt [12]), Harris [13]), Hansemann, Rodais).

Ebenso dürfte es auch nicht allzuselten vorkommen, dass Lebercarcinome sei es aus Gallengangadenomen oder aus wahren Leberzellenadenomen, welche bei der Lebercirrhose wohl im Sinne eines compensatorischen Vorganges beobachtet werden, hervorgehen, (Schüppel [14]), Weigert, Jungmann [15]). Möglicherweise dürfte darin der Schlüssel für das relativ häufige Zusammentreffen des Lebercarcinoms mit Cirrhose der Leber gefunden werden.

Nicht zu verwechseln ist das Lebercarcinom mit dem Leberadenom, welches gleichfalls multipel auftreten kann und befähigt ist, in die Gefässe zu wuchern, wodurch gelegentlich der Grund für eine Metastase gegeben sein kann. So wird von Greenfield ein Fall mitgetheilt, welcher dafür sprechen würde, dessen Beweiskraft jedoch von Hansemann und Staats [16]) angezweifelt wird. Hansemann citirt weiter eine Beobachtung von Perls, wo nach Leberadenom eine Metastase in der Sella turcica stattgefunden hatte, welche in ihrem Bau vollständig der Structur der Muttergeschwulst entsprach. Hansemann erinnert hierbei an die Mittheilung von Cohnheim über Metastasirung in den Knochen nach primärer colloider Struma der Thyreoidea.

Was die Adenome der Leber anbetrifft, so scheinen dieselben sowohl aus Leberzellen hervorzugehen als auch gewucherte Gallengänge vorzustellen. Nach Klob [17]) sollen dieselben auch angeboren sein.

Als casuistischen Beitrag zur Entstehung des primären Lebercarcinoms sei es mir gestattet über folgenden von mir secirten, im Deutschen Alexander-Männer-Hospital beobachteten Fall zu berichten.

---

[7]) Weigert. Virch. Arch. 67.
[8]) Rodais. l'Union. med. 1890. 16. Juni (Ref. Virch. Hirsch. Jahresber. II. 260).
[9]) Naunyn. Reicherts und Du Bois's Arch. 1866.
[10]) Fetzer. Beiträge zur Histiogenese des Leberkrebses. Diss. Tübingen 1868.
[11]) Waldeyer. Virch. Arch. 55.
[12]) Kindt. Beitrag zur Histiogenese primärer Lebercarcinome. Diss. Kiel. 1882.
[13]) Harris. Virch. Arch. 100.
[14]) Schüppel. Ziemssen Handb. VIII. 1. Hälfte und Arch. f. Heilk. IX.
[15]) Jungmann. Ein Fall von cirrh. Leber mit Adenombildung und Uebergang derselben in Carcinom. Berlin Diss. 1881.
[16]) Staats. Ein Fall von Adenoma hepatis. Diss. Würzburg. 1886.
[17]) Klob. Wiener med. Wochschrft. 1865. Nr. 75—77.

Pat. C. Z. 42 a. n. Glasermeister, eingetr. am 18. December 1891. Abth. von Dr. Höhlein.

Auszug aus der Krankengeschichte:

Anamnese: keine Lues, wohl aber Alkoholmissbrauch. Vor 8 Wochen unter Fieber Schmerzen in der rechten unteren Brusthälfte beim Athemholen. Gleichzeitig Auftreten einer Schwellung im Epigastrium und rechten Hypochondrium. Besserung des Befindens, dann wieder Verschlimmerung desselben, namentlich Vergrösserung der Schwellung im rechten Hypochondrium. Seit 10 Tagen Ikterus. Keine Berührung mit Hunden.

Status praes: Kräftig gebauter, kachektisch aussehender Mann. Starker Ikterus. Rechts Knöcheloedem. Ueber den Lungen vereinzelte Rasselgeräusche, am Herzen normaler Befund. Zunge belegt. Leichte dyspeptische Erscheinungen, Stuhlgang retardirt. Die rechte und mittlere Oberbauchgegend stark vorgewölbt. Diese Vorwölbung erscheint etwa halbkugelförmig und erstreckt sich bis unter Nabelhöhe, der Scheitelpunkt befindet sich in der Sternallinie. Bei der Palpation erscheint der Tumor prall elastisch, eine weichere Consistenz anscheinend nur an der Stelle der grössten Vorwölbung. Nirgends Fluctuationsgefühl. Nach unten grenzt sich der Tumor, welcher die vergrösserte Leber vorstellt, mit stumpfem Rande ungefähr 1 Querfinger unterhalb des Nabels ab, um dann von der Medianlinie nach oben links hinaufzusteigen und sich im linken Hypochondrium unter dem Rippenbogen zu verlieren. Hierselbst ist die Milz deutlich zu fühlen. Bei ruhiger Respiration überschreitet diese den Rippenbogen nicht.

Bei der Percussion erhält man eine Dämpfung, welche genau dem palpirten untern Rande des Tumors entspricht und mit ihrer obern Grenze in d. v. Axill. und r. M. L. an d. 5JCR. in der P. St. L. an der 5. Rippe sich findet. Bei der Respiration deutliche Verschiebung des Dämpfungsbezirkes. Bei Auscultation über dem Tumor negativer Befund. Keine Druckempfindlichkeit des Tumors. Milzdämpfung stark vergrössert. Unterbauchgegend relativ eingesunken, es scheint leichter Ascites zu bestehen.

Urin dunkelbraun, enthält Gallenfarbstoffe und 0,05 pCt. Eiweiss.

Probepunctionen mit längeren und kürzeren Nadeln an verschiedenen Stellen des Tumors ausgeführt, förderten stets eine blutige Flüssigkeit zu Tage, in welcher neben rothen Blutzellen grössere Zellen mit leicht granulirtem Protoplasma und grössern bläschenförmigen Kernen gefunden wurden. Einzelne der Zellen liessen in ihrem Protoplasma Fetttropfen erkennen (Leberzellen!)

Diagnose: Carcinom der Leber und Milztumor. Ikterus. Ascites. Bronchialkatarrh. Unter Zunahme der subjectiven Beschwerden, verstärktem Ikterus und allmälig eintretendem Collaps erfolgt am 5. Juni 1892 der Exitus.

Sectionsprotokoll vom 6. Januar 1892 (Auszug). Starker Ikterus, dünnflüssige Beschaffenheit des Blutes, reichliche subcutane, subpleurale und subpericardiale Ekchymosen. Icterisch gefärbter Ascites, Verdrängung der Darmeingeweide durch die stark vergrösserte Leber, sowie Hochstand namentlich der rechten Zwerchfellshälfte. Bindegewebige perihepatitische Adhaesionen der Leber mit dem Peritoneum parietale der Bauchwand und des Zwerchfells. Trübung des linken Herzens.

Lungenödem. Ausgedehnte bindegewebige Adhaesionen der rechten Lunge mit der Costal- und Zwerchfellspleura. Atelektase der untern Abschnitte der rechten Lunge. Der Magen durch die vergrösserte Leber nach links verdrängt und vertical gestellt, so dass Kardia und Pylorus über einander in der Medianlinie sich finden, die kleine Curvatur nach rechts, die grosse nach links belegen ist.

Der Magen wesentlich vergrössert. Seine Mucosa stark geschwellt. Etat mamelloné. Starke Hyperämie und Ekchymosirung der Schleimhaut. Im Mageninhalt Speisereste, Schleim und schwarze Blutcoagula, Oesophagusvenen nicht auffallend erweitert. Eine Continuitätstrennung eines Magengefässes nicht zu erkennen.

Milz stark vergrössert, Kapsel zart und gespannt. Milzgewebe blutreich. Pulpa grauroth. Malpighische Körper und Trabekel deutlich wahrnehmbar.

Pankreas, Nebennieren normal.

Darm venös hyperaemisch, Mucosa leicht geschwellt und mit Schleim belegt, in derselben mehrfach kleine Blutaustritte.

Die Leber stark vergrössert, Gew. 7745 Gr. Die Gallenblase und die grössern Gallengänge normal beschaffen. Die Glissonsche Kapsel diffus bindegewebig getrübt, unter derselben reichliche Venenzüge. Die Leberoberfläche unregelmässig grobhöckerig. Durch die hellere Farbe der Höcker erscheint dieselbe leicht marmorirt. Auf dem Durchschnitte erscheint die Leber durchsetzt von zahlreichen, dicht neben einander stehenden hirnmarkähnlichen runden kugelförmigen Knoten, welche zwischen der Grösse eines Mohnkorns und einer Wallnuss schwanken und kaum eine Spur bräunlich gefärbten Lebergewebes zwischen sich erkennen lassen. Die

Knoten zeigen alle eine hirnmarkähnliche Beschaffenheit, bei einzelnen erscheint das Centrum erweicht, fast zerfliesslich, stellenweise auch haemorrhagisch. Von einem sog. Krebsnabel ist nirgends etwas zu erkennen. An andern Knoten ist ein leichter Stich ins Bräunliche wahrzunehmen. Vielfach hat es den Anschein, als ob in der Mitte der Knoten ein Blutgefäss belegen ist.

Die Drüsen der Leberpforte vergrössert, in mehreren derselben Einlagerung hirnmarkähnlicher Tumormasse.

Anat. Diagnose: Multiple celluläre Tumoren der Leber mit hochgradiger Vergrösserung der Leber und Metastasirung der Drüsen der Leberpforte, Verlagerung der Darmeingeweide mit Verticalstellung und Vergrösserung des Magens. Venöse Hyperaemie und Katarrh des Magendarmtractus, haemorrhagische Beschaffenheit des Mageninhaltes, Ikterus. Multiple Blutaustritte in die Hautdecken und in die serösen Häute, Ascites. Milztumor. Hochstand der rechten Zwerchfellhälfte, Compression und Atelektase der untern Abschnitte der rechten Lunge. Trübung des Herzens und der Nieren. Lungenoedem.

Mikroskopischer Befund. Die Knoten der Leber zeigen eine deutlich alveoläre Structur. Meist handelt es sich hier um kleinere Alveolen, oft auch um grössere, welche mit runden und polyedrischen Zellen erfüllt sind, die wiederum einen oder mehrere bläschenförmige Kerne mit Kernkörperchen aufweisen. In den peripheren Abschnitten, namentlich der grössern Alveolen, zeigen die Zellen eine mehr cylindrische Form und sind dann pallisadenartig nebeneinander gestellt, ohne jedoch dadurch den Alveolen das typische Aussehen eines Cylinderzellencarcinoms zu verleihen. Bei mehrern Zellen ist das Protoplasma weniger gut gefärbt und ist durchsetzt von feinsten Lücken, in denen Fettmolecule gelegen haben, die durch die Behandlung der Praeparate mit Alkohol extrahirt sind. Diese Zellen erinnern in hohem Grade an Leberzellen bei fettiger Degeneration der Leber. Daneben begegnet man auch vereinzelten Zellen mit grössern Lücken, wie bei Fettinfiltration der Leber. Mag es sich hier nun um Fettdegeneration oder Fettinfiltration der Zellen handeln, gleichviel, es resultirt daraus eine grosse Aehnlichkeit der Geschwulstzellen mit Leberzellen, wie wir sie sonst kaum in Carcinomen anderer Organe zu finden pflegen. Die Aehnlichkeit der Tumorzellen in unserm Falle mit Leberzellen wird noch dadurch besonders frappant, dass es gelingt in einzelnen Geschwulstzellen bräunlich gelbe Pigmenteinschlüsse zu entdecken, die sich auch in den relativ unveränderten Zellen des angrenzenden Lebergewebes finden.

An einigen Alveolen, namentlich den grösseren derselben erkennt man in den centralen Abschnitten die Erscheinungen einer regressiven Metamorphose, die zu einem feinkörnigen mehrfach haemorrhagischen Zerfall der Tumormasse geführt hat.

Was nun die Abgrenzung der Alveolen, das Geschwulststroma, anbetrifft, so geschieht dieselbe zum grössten Theil durch Capillaren, derart, dass man den Eindruck gewinnt, als wäre das Lebergewebe direct durch Tumormasse ersetzt, stellenweise findet man auch breitere Bindegewebszüge mit kleinzelliger Infiltration, welche die Geschwulstalveolen von einander trennen. Im Allgemeinen tritt jedoch das bindegewebige Gerüst der Neubildung gegenüber den cellulären Elementen stark in den Hintergrund. In den Bindegewebszügen entdeckt man gelegentlich einzelne Gallengänge, doch scheinen dieselben in keinerlei deutlicher Beziehung zu der Geschwulstbildung zu stehen. Ich bin weder Stellen begegnet, welche einen unzweifelhaften Uebergang der Gallengangepithelien in Geschwulstzellen documentirten, noch bin ich im Stande gewesen die Bilder aufzufinden, die für eine Wucherung der Gallengänge sprechen würden. Auch zu den Blutgefässen schien die Geschwulst in keiner topographischen Beziehung zu stehen.

Was nun die spärlichen Reste von Lebergewebe anbetrifft, —und man muss nach ihnen suchen—so erscheint dasselbe durch Wachsthumsdruck der Geschwülste gedehnt und comprimirt, die Leberzellen stark verschmälert und mit Pigmentmassen, oder wo der Druck weniger eingewirkt hat, mit grösseren Fetttropfen erfüllt. Hier und da begegnet man Partien, wo die Capillaren stark erweitert sind. Stellenweise lässt sich ein directer Uebergang der Leberzellen in Geschwulstgewebe verfolgen. Die alveoläre Structur der Geschwülste würde den carcinomatösen Charakter derselben beweisen. Schwieriger ist die Frage zu entscheiden, woraus sich die Krebselemente entwickelt haben. Für einen Zusammenhang mit Gallengängen habe ich keine Bilder finden können, wohl ist es mir aber gelungen einen Uebergang der Leberzellen in Krebszellen wahrzunehmen. Daraus könnte hervorgehen, dass sich entweder die Leberzellen in Krebsgewebe umgewandelt, oder umgekehrt, das Carcinom auf die Leberzellen übergegangen ist. Jedoch würde die Aehnlichkeit der Geschwulstzellen mit Leberzellen, welche aus dem Einschluss von Pigment und Fett in den Krebszellen hervorgeht, in hohem Maasse dafür sprechen dass in unserem Falle eine directe Entwickelung der Krebszellen aus Leberzellen stattgefunden hat.

Denselben Befund und dieselbe Deutung desselben finden wir auch in der oben erwähnten Mittheilung von Harris.

Referate.

Oscar Lassar: Die Bäderbehandlung der Ekzeme. (Therap. Monatsh. Nr. 5, 1892).

Edmund Saalfeld: Ueber Bäderbehandlung bei Hautkrankheiten. (Ibidem).

In weit über 10,000 Fällen von Ekzemen wurde von Lassar die Bäderbehandlung eingeleitet und durchgeführt und zwar mit äusserst günstigem Erfolge; nicht in einem einzigen Falle war es nothwendig gewesen, die Bäder etwa wegen eingetretener Contraindication auszusetzen. Sogar die bullösen und stark nässenden Ekzeme, von denen man früher gelehrt hat jeden Wassertropfen fern zu halten, zeigten nach einigen Bädern einen wesentlichen Fortschritt zur Besserung, indem sie zur Austrocknung inclinirten. Ebenso günstig beeinflusst von Wasser wurden das Ekzema rubrum madidans, impetiginöse Krustenausschwitzungen, ferner Prurigo, Pithyriasis, Psoriasis, Herpes, Scabies u. and. Selbstverständlich ist es mit dem Bade allein nicht gethan. Seine Indicationen beschränken sich auf die Beschaffung der Wundreinlichkeit auf die Entfernung sordider und parasitärer Haftungen und Beförderung der Resorption. Ausserdem bedingen die Bäder Linderung der Spannung, des Juckens und der Schmerzen. Alle übrigen Erfordernisse der Dermathotherapie müssen nebenund hinterher Erfüllung finden; so wird man unmittelbar nach dem Bade je nach den Erfordernissen mit Salben, Pudern, Pasten, sogar mit Oelen energisch vorgehen müssen. Selbst während des Bades können Heilmittel zur Anwendung gelangen; so wird z. B. die Theerung während des Bades auch von schwer entzündeter Haut vortrefflich vertragen; auch können starke Hautreize, wie Chrysarobin und Schälpasten unter Wasser ohne jede Gefahr der Irritation aufgetragen werden, um sie mit Schluss des Bades wieder zu entfernen.

Saalfeld wendet ebenfalls Bäder bei Hautkrankheiten an, jedoch warnt er vor Uebertreibungen; nicht bei allen Dermatosen können die Bäder Nutzen stiften. Als wesentliche Wirkungen des Bades müssen aufgefasst werden: die Erweichung der Epidermis und der ihr auflagernden fremden Substanzen d. h. sowohl des Schmutzes, als auch der Krankheitsproducte, der Schuppen, Borken und Krusten; ferner dient das Bad als schützende Hülle bei ausgedehntem Epidermisverlust und Geschwürsbildung. Deshalb werden die Bäder direct indicirt sein in denjenigen Fällen, wo wir eine macerirende Wirkung beabsichtigen, wo wir eine Verminderung von Infiltraten hervorrufen wollen, wo wir calmirend auf die Haut einwirken wollen. Contraindicirt erscheinen sie aber bei Hautkrankheiten im acut entzündlichen Stadium. Beim chronischen, trockenen, speciell infiltrirten Ekzem erzielt die Bäderbehandlung sehr gute Erfolge, namentlich bei Zusatz von Alkalien, Seifen, Theer und ähnlichen Mitteln. Manche kranke Haut, welche den Theer in Salbenform nicht verträgt, wird durch Theerbäder sehr günstig beeinflusst. Verf. weist zum Schluss noch auf den schädlichen Einfluss, welchen die Seeluft und die Seebäder auf Ekzeme zuweilen ausüben. Aehnliches beobachtet man bei Psoriasis und Furunculose; dagegen werden die beiden letzteren Hautkrankheiten durch natürliche Schwefelbäder günstig beeinflusst.

Abelmann.

H. Baron Krüdener: Beitrag zur pathologischen Anatomie der Amyloidtumoren. (Inaug. Dissert. Dorpat 1892).

Seitdem die amyloide Degeneration der Conjunctiva im Jahre 1871 von Prof. G. von Oettingen — Dorpat in ihrem Wesen erkannt und zuerst beschrieben worden, hat sich die Dorpater Schule in hervorragender Weise an dem Studium dieser interessanten Form der localen Amyloidose betheiligt (Prof. Böttcher, Rylber, Strömberg, Zwingmann, Prof. Rählmann, Kubli). In letzter Zeit haben sich hinsichtlich der Histogenese und des Chemismus der Amyloid-Ablagerungen einige Widersprüche zwischen den Untersuchungsresultaten verschiedener Forscher geltend gemacht und erscheint daher eine Neubearbeitung der Frage durchaus zeitgemäss und erwünscht. Das Material der Krüdener'schen Untersuchungen entstammt der Augenklinik in Dorpat (6 Fälle) und der St. Petersburger Augenheilanstalt (2 Fälle).

Die Grundsubstanz der Tumoren besteht aus dem adenoiden Gewebe der Conjunctiva. Die Degeneration beginnt als Trübung des Protoplasma der Lymphzellen mit nachfolgender amyloider Entartung des Kerns. Das adenoide Rüstgewebe erkrankt später. Die Degeneration des Oberflächen- und Drüsenepithels der Conjungtiva, sowie die Entartung des

tarsus sind secundäre Erscheinungen. Von grossem Interesse sind die Veränderungen der Gefässe, welche primär in der Media Platz greifen, secundär die Intima in Mitleidenschaft ziehen und sich als Bindegewebsneubildung mit Amyloidablagerung in beiden Gefässhäuten manifestiren. Stellenweise finden sich in den amyloiden Massen auch normale Gefässe. Die Riesenzellen gehören einem späteren Stadium der Degeneration an und haben mit der Bildung von Amyloidsubstanz nichts zu thun. Die letzten Zerfallsproducte der amyloiden Schollen bilden einen Detritus, welcher stellenweise das Aussehen von Coccenanhäufungen hat. Transplantationen amyloider Massen auf die Conjunctiva von Kaninchen, Hunden und Katzen bleiben erfolglos. Auf Agar, Gelatine und Blutserum geimpft, bildete der erwähnte Detritus weissliche Coccencolonien, welche die Gelatine verflüssigten und sich nach Gram und Löffler färben liessen. Einspritzung von Reinculturen in's Auge erzeugte Iridochorioiditis; Injectionen in die Conjunctiva und in die V. jugular. waren resultatlos. Somit erscheint die Frage nach dem Wesen des Ferments, welches die Entstehung der Amyloidsubstanz vermittelt, noch ungelöst. Alex. Natanson.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Arthur Sperling, Berlin: Elektrotherapeutische Studien. (Leipzig, Grieben's Verlag. 1892. 112 pag. 2 Mk.).

Bei den bisher gebräuchlichen Methoden der Elektrisation kommen, wie bekannt, im Allgemeinen Stromstärken von 1—20 M. A. zur Verwendung und Elektroden von ca. 20—50 Qcm. In seinen vorliegenden Studien behauptet Sp. «dass ein galvanischer Strom von 0,5 M. A. auf eine Elektrodenfläche von 50 Qcm. vertheilt, also von einer Stromdichte von $\frac{0,5}{50}$ eine unzweifelhafte therapeutische Wirkung auf krankhafte Zustände des Nervensystems ausübe und zwar in so günstigem Sinne, dass sich auf dieser Thatsache eine neue Methode des Elektrisierens begründen lässt».

Zur Messung dieser geringen Stromdichten ist das neue Hirschmann'sche Horizontalgalvanometer mit schwimmendem Anker soweit umgeändert, dass die ganze Scala 1 M. A. anzeigt und die directe Ablesung von $^1/_{50}$ M. A. möglich ist. Dieser minimale Strom, welcher meist nur für 1 Minute, selten für 2 oder höchstens 3 Min. applicirt wird, soll nun bei sehr vielen krankhaften Veränderungen zu Heilzwecken bessere Dienste leisten, wie ein stärkerer Strom und die Störung schneller ausgleichen, während die bisher angewandten Stromstärken eher schaden als nützen. Es kann demnach keinem Zweifel unterliegen, dass Verf. das in der Elektrotherapie bisher unbekannte Princip der homöopathischen Dosen einzuführen bestrebt ist. (Nebenbei bemerkt hat Verf. einmal beobachtet, dass ein kleiner Junge, der an einer sehr schweren Chorea litt, durch einen Homöopathen in 6 Wochen von seinem Leiden befreit wurde!).

Wenn diese neue Lehre also Anklang finden sollte, würden wir in Zukunft zwischen allopathischen und homöopathischen Elektrotherapeuten zu unterscheiden haben. Der Arbeit sind eine Reihe von Krankengeschichten beigegeben, welche den Effect der neuen Methode illustriren sollen. Leider sind sie etwas kurz gehalten, so dass der Leser keinen ganz überzeugenden Eindruck empfängt. Der nach Vervollkommnung der Methoden strebende Practiker wird sich ja wohl das Büchelchen zur ev. Nachprüfung ansehen. Kallmeyer.

Lassar-Cohn: Moderne Chemie. Zwölf Vorträge vor Aerzten gehalten. Hamburg und Leipzig. Leopold Voss. 1891.

Der geschätzte Verf. gibt in seiner «modernen Chemie» einen kurzen Ueberblick über das gesammte chemische Lehrgebäude. Es kommt ihm nicht drauf an die ungeheueren Mengen chemischer Verbindungen und deren Beziehungen zur Technik und Medicin zu schildern, sondern die Gesetzmässigkeit der chemischen Thatsachen, die Entwicklung der theoretischen und praktischen Chemie zur klaren Anschauung zu bringen. Ein grosses Verdienst des Verf. ist es, dass er verstanden hat, das Interesse seiner Leser bis zum Schlusse wachzuerhalten. Dem anorganischen Theil sind die ersten 3 Vorträge gewidmet; die übrigen umfassen den organischen Theil, hier sind auch die durch Synthese hergestellten neueren Heilmittel berücksichtigt. Unter den Werken der chemischen Literatur wird Verf.'s «moderne Chemie» wohl gewiss einen würdigen Platz einnehmen, und können diese Vorlesungen dem Mediciner zum Studium auf das Wärmste empfohlen werden. Abelmann.

Konrad Port: Ueber die Wirkung des Tuberculinum-Kochii bei Lupus. Münchener med. Abhandlungen. III. Reihe 2. Heft. München, Verlag von Lehmann 1892.

P. theilt die Krankengeschichten von 17 in der Münchener chirurgischen Klinik mit Tuberculin behandelten Patienten mit. Die Injectionen wurden zum kleinsten Theil zu diagnostischen, meist zu Heilzwecken unternommen. Die in München gewonnenen Erfahrungen unterscheiden sich durch nichts von dem, was man überall sonst gesehen hat. Der therapeutische Dauererfolg bei Lupus ist auch in München gleich Null gewesen. Wanach.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung vom 16. December 1891.

1) Dr. Tiling zeigt dem Vereine einen Speichelstein vor. Derselbe stammt von einem Herrn, welchem diesen Sommer in Wien während der Mahlzeit plötzlich die rechte Unterkieferdrüse aufgeschwollen war, welche Geschwulst jedoch später ohne besondere Eingriffe wieder verschwand. Vor Kurzem schwoll die Drüse zum zweiten Male an, ohne sich weiter zu verkleinern. Dr. T. fand die Gegend der Submaxillardrüse rings geschwollen, aber nicht verbacken mit dem Kiefer. Bei Druck entleerte sich aus dem Ductus Whartonianus ein Tröpfchen Eiter. Bald darauf trat auch ein 3 Cm. langer Stein zu Tage, welcher aus zwei eng zusammenschliessenden Theilen besteht, die durch ein von beiden Steinen eingeschlossenes Haar zusammengehalten werden. Dr. Amburger hat den Pat. gleichfalls am Abend vor dem Austritt des Steines gesehen. Es war eine recht beträchtliche Eiterabsonderung vorhanden und befand sich seitwärts der Zunge eine eigrosse fluctuirende Geschwulst, während sonst Speichelsteine keine grossen Reizerscheinungen darzubieten pflegen. Dr. Schmitz bestätigt Letzteres und führt als Beispiel eine Dame an, die alle Woche oder alle Monate ein Mal mehrere kleine Speichelsteine ohne besondere Beschwerden entleerte. Dr. Selenkow demonstrirt gleichfalls einen mehr als erbsengrossen Speichelstein, den er durch Incision einem Soldaten entfernt hat. Prof. Afanasjew hat in demselben Fäden von Leptothrix buccalis nachgewiesen, die wahrscheinlich die Veranlassung zur Concrementbildung abgegeben haben.

2. Dr. v. Lingen theilt die Krankengeschichte des Vereinsmitgliedes Herrn Dr. L... mit. Derselbe erkrankte am Morgen des 19. November, nachdem er den Abend vorher noch einer Vereinssitzung beigewohnt hatte, mit heftigen Schmerzen rechts hinten, jedoch ohne Husten. Dortselbst stellten sich am 4. Tage crepitirende Geräusche und am 6. Tage deutliches Bronchialathmen ein, die eine croupöse Pneumonie ausser Zweifel stellten. Schon am 2. oder 3. Tage liess sich jedoch ausserdem ein recht intensives systolisches Klappengeräusch wahrnehmen und am 5. Tage stellte sich sogar ein heftiger Schmerz in der linken Schulter ein, der anfangs vom Pat. für eine Neuralgie angesehen wurde, da derselbe häufig an solchen gelitten. Auf seinen dringenden Wunsch wurde dann auch, nachdem am 8. Tage das Fieber abzunehmen begann, eine Behandlung des Armes mit Elektrisiren eingeleitet. Am 14. Tage jedoch hatte sich schon an der linken Schulter eine deutliche kuppenartige Geschwulst bei geringer Erhöhung der Körpertemperatur ausgebildet und entnahm Dr. Moritz, welcher eine Einwanderung von Pneumococcen voraussetzte, derselben vermittelst einer sterilisirten Pravaz'schen Spritze ein getrübtes seröses Exsudat. Aber erst bei einer am 16. Tage zum zweiten Male entnommenen Probe wurden in dem mittlerweile deutlich eiterig gewordenen Exsudate unzweifelhafte Fränkel'sche Pneumonie — Diplococcen nachgewiesen. Da bei fieberlosem Zustande durch Eis Morphium und Compressen gar keine Wirkung erzielt worden, so wurde zwei Tage später von Dr. Dombrowski zur Operation geschritten und durch eine bis in das Schultergelenk reichende Incision etwa 2 Esslöffel voll serös-eiterigen Exsudates entleert. Wundverlauf ohne Complicationen, jedoch besteht noch grosse Schwäche.

Discussion:

Dr. Moritz macht nochmals auf die Herzgeräusche aufmerksam, die am 2. oder 3. Tage auftraten, als man die Pneumonie noch nicht mit Sicherheit constatiren konnte. Es war unbekannt, ob schon vorher solche bestanden hätten. M. hatte gleich den Verdacht auf eine pneumonische Endocarditis. Bald schwand das Geräusch und es trat nach der unterdessen vollständig entwickelten Pneumonie die Gelenkaffection ein, welche gleichfalls durch Pneumoniediplococcen hervorgerufen zu sein schien, was sich nacher auch bestätigte. Dr. Moritz hat schon vorher zwei ähnliche Fälle beobachtet. In dem einen Falle aus dem deutschen Alexanderhospitale handelte es sich um croupöse Pneumonie mit Endocarditis und Panophthalmitis im Gefolge, welche letztere in Vereiterung überging, und mit tödtlichem Ausgange. Section nicht gestattet. Es wurde jedoch sofort nach dem Tode mit Pravaz'scher Spritze dem Auge Eiter entnommen in welchem Pneumoniediplococcen nachgewiesen wurden. Im zweiten gemeinsam mit Dr. Tiling beobachteten Falle handelte es sich um eine Schwellung am Malleolus, welche nach croupöser Pneumonie, die noch recidivirte, zugleich mit ulceröser Endocarditis aufgetreten war. Letztere

erwies sich nach der Section von denselben Diplococcen hervorgerufen.

Dr. Dombrowski hat Osteomyelitiden und auch Gelenkaffectionen im Gefolge von croupöser Pneumonie beobachtet, jedoch keine bacteriologischen Untersuchungen angestellt. Dr. Petersen hat wohl Endocarditiden nach Pneumonie gesehen, aber nicht auf Diplococcen untersucht, dagegen in einem Falle von Endocarditis ohne Pneumonie solche nachgewiesen.

3. Dr. Kernig spricht über die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen Aorten- und Pulmonalaneurysmen, falls erstere links vorn an der Thoraxwand erscheinen. Die Handbücher bieten hierüber wenig. K. kennt 3 einschlägige Fälle. Zu einem Herrn wurde er im Sommer 1889 gebeten, welcher sich bereits im April wegen Heiserkeit der Stimme an Herrn Dr. Lunin gewandt hatte, der linkerseits eine Recurrenslähmung constatirte und sofort auf Aneurysma fahndete. Im Sommer sah K. bereits Pulsation im ersten linken Intercostalraum und stellte die Diagnose auf Aortenaneurysma. Ein halbes Jahr später fand sich eine kolossale pulsirende Vorwölbung der linken vorderen Brustwand und bald darauf starb der Patient. In diesem Falle wurde an der Diagnose Aortenaneurysma nicht gezweifelt, wohl aber in dem zweiten Falle, welchen Dr. Kernig zum ersten Male am Anfang Januar 1891 sah. Einige Wochen hatten Schmerzen in der linken vorderen Brustwand bestanden. Ein College hatte bereits vorher eine pulsirende Hervorwölbung im zweiten linken Intercostalraume zwischen linkem Sternalrande und linker Mamillarlinie constatirt. Es bestand keine Recurrenslähmung und hat sich auch bis jetzt (Pat. lebt noch) keine eingestellt. Die Lage des Spitzenstosses ist vollkommen normal, der linke Ventrikel nicht hypertrophisch. Im Januar ging die Herzdämpfung auch noch nicht über den rechten Sternalrand hinaus, dagegen ist im Laufe der Zeit eine Erweiterung der Herzdämpfung nach rechts hin zu Stande gekommen. Dabei sind keine Geräusche vorhanden, was jedoch nichts weiter besagt. Dagegen sind die Pulmonaltöne, d. h. die Töne auf der pulsirenden prominenten Stelle im 2. linken Intercostalraume, genau dort, wo man sonst die Pulmonaltöne auskultirt, äusserst laut, viel lauter als die Aortentöne, welches Moment von Quincke als für Pulmonalaneurysma verdächtig geschildert wird. Seit dem Januar ist der Tumor etwas gewachsen und ist jetzt bereits im dritten linken Intercostalraum eine geringe Pulsation wahrnehmbar, während eine solche im Jugulum noch immer nicht nachweisbar ist. Eine Giessener Dissertation von Goldbeck (1868) urgirt ausdrücklich, dass, wenn bei linksseitigem Sitze von Aneurysmen keine Pulsation im Jugulum fühlbar sei, man an Pulmonalaneurysma denken müsse, und wäre nach allen angeführten Momenten wahrscheinlich, dass in diesem Falle ein solches vorliege, wenn dieselben nicht so ausserordentlich selten wären (nach einer Statistik von Crisp unter 915 Fällen von Aneurysma nur 4 Fälle von Pulmonalaneurysma). Der weitere Verlauf der Krankheit wird wohl die Zweifel lösen. — Ein dritter Fall bot im Anfange wenigstens ähnliche Zweifel. Im März 1891 trat eine 40jährige Frau ins Obuchow-Hospital ein mit einer pulsirenden Vortreibung im 2. und 3. linken Intercostalraum ohne Jugularpulsation, ohne Recurrenslähmung, welche schmerzhafte Geschwulst in Mai 1890 bald nach Schlägen, die sie von ihrem Manne auf die linke Brusthälfte erhalten hatte, aufgetreten sei. Herzstoss im 5. Intercostalraum 1½ Fingerbreit nach links über die Mamillarlinie hinausgerückt, dabei aber kein Verspäten der Radialpulse, deren Frequenz 88—92 beträgt. Während des ersten 20tägigen Hospitalaufenthaltes kein Fieber. Zum zweiten Male trat die Pat. am 30. September ins Hospital ein. Es pulsirte jetzt schon die ganze linke vordere obere Thoraxgegend bis zur mittleren linken Axillarlinie. Auch jetzt noch keine Recurrenslähmung, keine Pulsation im Jugulum, jedoch deutliche Verspätung der Radialpulse und auffallende Verkleinerung des linken Carotispulses. Fieber trat erst 2 Monate vor dem am 10. December erfolgten Tode ein. Unterdessen nahm eine Dämpfung der linken Lunge, welche beim ersten Hospitalaufenthalte gar nicht, beim zweiten Eintritt nur in geringerem Grade beobachtet worden, immer mehr zu. Da der Pectoralfremitus fehlte, so dachte man an Pleuritis, die Spritze ergab jedoch kein Exsudat. Dazwischen trat Wechsel der Intensität der Dämpfung ein, offenbar durch verschieden starke Verlegung des Bronchus, entweder durch Druck von Seiten des Aneurysma oder durch Secretansammlung bedingt. Die Section ergab käsige Pneumonie mit vereinzelten Tuberkelbacillen und ein Aortenaneurysma von der Grösse ca. eines Kindskopfes, in welches die Aorta ascendens und der Arcus Aortae ganz aufgegangen sind und welches mit einer ringförmigen Oeffnung in die descendens übergeht, wie es mit einer ringförmigen Oeffnung dicht über den Aortenklappen beginnt. Anonyma und Carotis sinistra entspringen aus dem Sacke selbst, die Subclavia sinistra aus dem Uebergangsrande. Der linke Bronchus und noch mehr die Art. pulmonalis vom colossal grossen Sacke beträchtlich komprimirt. Demonstration des Präparates.

4. Dr. Kernig theilt Zahlenangaben über die Influenza seit dem Beginne des Jahres bis zum 1. December 1891 aus dem weiblichen Obuchowhospitale mit. Aus denselben ist ersichtlich, dass die diesjährige Epidemie nicht im Herbste, wie vielfach angenommen wird, sondern bereits im Juni (und zwar ungefähr seit dem 10. Juni) begonnen hat. Es traten ins weibliche Hospital ein im Januar 23, Februar 13, März 7, April 5, Mai 12, Juni 70, Juli 47, August 19, September 22, October 63, November 64, im Ganzen in 11 Monaten 345 Influenzafälle. In 67 Fällen bestand Catarrhalpneumonie, was fast 20 pCt. beträgt. Diese Ziffer dürfte, auf den Durchschnitt aller Influenzafälle in der Stadt berechnet, wahrscheinlich zu hoch sein, da doch meist die schwereren Fälle ins Hospital kommen. Von den 345 Patientinnen starben 13 Personen, was einer Sterblichkeit von 3,77 pCt. gleich kommt. Wenn man aber die Fälle von Catarrhalpneumonie für sich nimmt, so erhält man eine Mortalität von 16,3 pCt. Von anderen Complicationen wären in 4 Fällen Otitis und in einigen Fällen Gelenkrheumatismus zu erwähnen. In einem Falle war nach Influenza eine deutliche Polyneuritis mit dem Bilde der Landry'schen Spinalparalyse aufgetreten. Hochgradige Parese der Beine, die Arme weniger paretisch, die Halsmuskel wieder so paretisch, dass Pat. den Kopf nicht fixiren konnte, welcher beim Aufsetzen derselben willenlos auf die Brust sank. Dabei die grossen Nervenstämme ganz auffallend empfindlich. Die Section ergab eine starke Injection der letzteren, während das Rückenmark nur etwas hyperämisch war, die Contouren der grauen Substanz gegen die weisse dagegen verwischt. Hierbei muss erwähnt werden, dass Pat. in den letzten Tagen Strychnininjectionen erhalten hatte. Unter den von Dr. Kernig mitgetheilten Fällen von Influenza war das Alter von 21 bis 25 Jahren am meisten vertreten. Es fehlen noch sämmtliche Fälle, wo croupöse Pneumonie zu Influenza hinzugetreten und ferner die anderen Hospitalpatienten, welche erst im Hospitale die Influenza acquirirten.

D. z. Director: Dr. v. Lingen.
Secretär: Dr. Jalan de la Croix.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

Bei Verbrennungen 2. und 3. Grades empfiehlt Siebel eine Europhensalbe: Europheni 3.0 Ol. Olivarum 7,0, Vaselini 60.0, Lanolini 30,0. Namentlich war die starke Secretionsverminderung auffallend, so dass der Verband 3—4 Tage liegen konnte; ferner wirkt die Salbe schmerzlindernd. Die Resultate sind besser, als die mit dem Jodoform erzielten, insbesondere fällt der entsetzliche Geruch weg, auch sind Vergiftungserscheinungen nicht zu befürchten.

(Berlin. klin. Wochschr. Nr. 8. 1892).

— Kraismann wendet bei Pertussis folgende 3 Mittel an: Resorcin, Antipyrin und Naphtalin. Die ersten beiden Substanzen werden zusammen verordnet, etwa: Antipyrini 3,0, Resorcini 1,0, Aquae destillat. 100,0, Aq. Menthae 10,0. Das Naphtalin wird nur in Form von Dämpfen zur Inhalation verwandt. Man bringt einen Teller mit 15,0 Naphtalin auf einen mit glühenden Kohlen gefüllten gusseisernen Topf. Die Substanz beginnt bei 75° zu schmelzen und füllt das Zimmer des Kranken mit aromatischen Dämpfen an. Man soll ja nicht das Naphtalin verbrennen, denn dabei entstehen ätzende Dämpfe die grade das Gegentheil bewirken können d. h. die Anfälle verstärken. (Medicinskoje Obosrenje Nr. 6).

— Stein behandelt seine Diphtheriekranken folgendermaassen: 3 Mal täglich lässt er mit Kalkwasser gurgeln und bläst dann mit dem von Burghardt beschriebenen (Therap. Monatsh. 1890, p. 199) Pulverisateur das aus einer Mischung von gleichen Theilen Flor. sulfuris lot. und Chinin bestehende Pulver gegen die Beläge des Rachens. Seine Resultate sind sehr zufriedenstellend. (Therap. Monatsh. April 1892).

— H. Löwenthal behandelte 35 Choreafälle mit Exalgin (3 Mal täglich 0,2). Die Wirkung war im Allgemeinen eine befriedigende und entsprach der Schwere der Fälle. Leichte sowie frühzeitig zur Behandlung gelangte Fälle heilten leicht (bei 2 Knaben Heilung schon in 8 Tagen), schwere erforderten oft längere Zeit. Im Durchschnitt betrug die Heilungsdauer 5—6 Wochen, Besserung trat aber schon nach dem 25.—30. Pulver ein.

(Berlin. klin. Wochschr. Nr. 5, 1892).

Vermischtes.

— Der Präsident des Medicinalraths und Chef der militär-medicinischen Academie, Academiker wirkl. Staatsrath Dr. Paschutin, hat sich vor einigen Tagen auf Urlaub in's Ausland begeben. In seiner Eigenschaft als Chef der Academie wird er von Prof. N. P. Iwanowski vertreten werden.

— Wie verlautet, ist der ältere Stadt- und Gerichtsarzt von Charkow und zugleich Privatdocent der dortigen Universität Dr. Emil Bellin, welcher bekanntlich von der Conferenz der militär-medicinischen Academie zum Professor der

gerichtlichen Medicin an Stelle des Prof. Ssorokin gewählt wurde, in diesem Amte nicht bestätigt worden. Statt seiner soll der gegenwärtige Professor der pathologischen Anatomie Dr. N. P. Iwanowski auf den Lehrstuhl der gerichtlichen Medicin übergeführt werden und an dessen Stelle Professor K. N. Winogradow aus Tomsk auf den Lehrstuhl der pathologischen Anatomie an der Academie berufen werden.

— Der Oberarzt des St. Petersburger Marinehospitals, wirkl. Staatsrath Dr. Kwizinski, ist wegen Krankheit mit Uniform verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum Geheimrath für Auszeichnung im Dienste.

— Der bisherige stellvertretende Dirigirende des Civil-Medicinalwesens im Kaukasus, wirkl. Staatsrath Dr. Plato Glawazki, ist in diesem Amte bestätigt worden.

— Ernannt: Die ausserordentlichen Professoren der Gynäkologie und Geburtshülfe an der Kasanschen Universität, Staatsrath Dr. Fenomenow, der allgemeinen Pathologie an der Universität Tomsk, Dr. Reprew, — zu ordentlichen Professoren auf die von ihnen eingenommenen Lehrstühlen.

— Uebergeführt: der ordentliche Professor der operativen Chirurgie und topographischen Anatomie an der Universität Warschau, Staatsrath Dr. Tauber — in derselben Eigenschaft auf den Lehrstuhl der chirurgischen Hospitalklinik an derselben Universität.

— Verstorben: 1) Am 6. Juni in Warschau der ehemalige Inspector der Odessaschen Medicinalverwaltung, wirkl. Staatsrath Dr. Friedrich Ludw. Thuran, nach längerer Krankheit im 86. Lebensjahre. Der Dahingeschiedene stammte aus Livland und hatte seine medicinische Ausbildung auf der Universität Dorpat erhalten, wo er von 1826—1834 studirte und im Jahre 1837 die Doctorwürde erlangte. Th. war anfangs älterer Arzt bei den Anstalten des Collegiums der allgemeinen Fürsorge und zugleich Arzt an der adeligen Pension des Gymnasiums in Kursk, hierauf Medicinalinspector in Odessa bis zum Jahre 1880, wo er wegen zunehmenden Alters seinen Abschied nahm. 2) Der Landschaftsarzt des Feodosia'schen Kreises N. N. Donzow am Flecktyphus. 3) In Charkow der dortige freipracticirende Arzt Th. A. Pissarewski im 39. Lebensjahre. 4) Am 5. Juli n. St. in Marburg der Senior der dortigen medic. Facultät, Prof. Dr. Hermann Nasse, im 89. Lebensjahre. Im J. 1829 wurde der Verstorbene in Bonn zum Doctor med. promovirt und war dann Assistent an der dortigen chirurgischen Klinik, bis er im Jahre 1837 als Professor der Physiologie, Pathologie und theoretischen Veterinärkunde nach Marburg berufen wurde. Von diesen Lehrfächern legte er die beiden letzteren in späteren Jahren nieder. 1879 ging auch die Leitung des physiolog. Laboratoriums auf Prof. Kuelz über. 5) In London der Prof. der Pathologie Sir William Aitkens im 67. Lebensjahre.

— Im Kreise Bogorodizk (Gouv. Tula) waren die Landschaftsärzte Darkschewitsch und Nikolski, sowie von den 8 Studenten der mil.-med. Academie, welche dort als Sanitare thätig sind, zwei — Okunëw und Filiptschenko — am Flecktyphus erkrankt, glücklicherweise aber bereits genesen. In dem von Ssibirjakow ausgerüsteten Sanitätsdetachement, welches zur Hülfeleistung nach Tjumen geschickt wurde, sind ebenfalls zwei Studenten der Akademie — Kirchner und Hukmen — am Flecktyphus erkrankt.

— In der weiblichen Abtheilung des hiesigen städtischen Obuchowhospitals fand am 29 Juni die Enthüllung des von der Stadtverwaltung errichteten Denkmals für den Kaiser Nikolai I, den Gründer dieser Abtheilung statt. Das Denkmal besteht aus einer Büste des Kaisers aus weissem Marmor, welche in einer Nische der unteren Gallerie des Hospitals aufgestellt ist. Das Piedestal (aus grauem Marmor) enthält die Inschrift: «Auf Befehl Kaiser Nikolai's I wurde das weibliche Obuchowhospital am 10. März 1835 gegründet und am 29. Juni 1840 eröffnet. Errichtet von der städtischen Communalverwaltung zum Andenken an das 50-jährige Bestehen des weiblichen Obuchowhospitals».

— Die Zahl der Doctorpromotionen bei der militär-medicinischen Academie war im verflossenen Lehrjahre 1891/92 eine besonders grosse. Während die Promotionen in früheren Jahren fast nie die Zahl 100 überstiegen, betrugen sie in diesem Jahre 115. Ausserdem kamen zwei Magisterpromotionen von Pharmaceuten vor.

— Am 24. Juni wurde die neuerbaute Klinik für Geisteskrankheiten bei militär-medicinischen Academie eingeweiht. Das neue Gebäude dieser Klinik, welches allen Anforderungen der Wissenschaft entsprechend eingerichtet ist, enthält 100 Krankenbetten (70 für Männer und 30 für Frauen) und ausserdem die Wohnungen für den klinischen Director, 3 Aerzte, den Inspector, 10 Aufseher und Aufseherinnen, Feldscher und Feldscherinnen und 100 Bedienstete. Die Klinik liegt in der Nähe der anderen Gebäude der Academie und mitten in einem grossen Garten. Die Baukosten haben gegen 900,000 Rbl. betragen.

— Das Nishni-Nowgorod'sche Gouvernements-Wohlthätigkeits-Comité hat der Familie des Moskauer Arztes Dr. W. N. Rosanow, welcher als Chef des in den Lukojanow'schen Kreis zur Bekämpfung der Typhusepidemie gesandten Sanitätsdetachements am Flecktyphus erkrankte und starb, eine einmalige Unterstützung im Betrage von 500 Rbl. bewilligt.

— Das St. Petersburger Stadtamt ist bei der Stadtduma mit dem Vorschlage eingekommen, der Castellanin des Marien-Magdalenen-Hospitals, E. F. Kosmatschewa, welche fast 32 Jahre in diesem Amte gedient hat, eine jährliche Pension von 168 Rbl. zu bewilligen.

— Eine Frau Owssjankina hat der St. Petersburger Stadtverwaltung ein Capital von 11,350 Rbl. vermacht, dessen Zinsen alljährlich vor Ostern zu Gratificationen für die Krankenpflegerinnen im hiesigen Irrenhospital «Alle Leidtragenden» an der Peterhofer Chaussee verwandt werden sollen.

— Das Medicinaldepartement fordert, in Folge der bei ihm seitens der Gouverneure, Landschaftsverwaltungen und Dampfschiff-Compagnien eingelaufenen Bitten um Uebersendung von Aerzten, Studenten der Medicin und Feldschern zur Verstärkung des sanitätsärztlichen Personals, diejenigen der bezeichneten Personen auf, welche sich zu besagtem Zweck abkommandiren lassen wollen, sich im Medicinaldepartement (Театральная улица) von 10 bis 6 Uhr entweder persönlich oder schriftlich mit ihren Documenten oder beglaubigten Copien derselben zu melden.

— In Baku ist eine Abtheilung von Studenten der Medicin eingetroffen, welche als Sanitare in's transkaspische Gebiet weiter befördert werden.

— Aus Baku, Ssaratow und Ssamara sollen bei sämmtlichen russischen Universitäten Aufforderungen an die Medicinstudirenden zum Eintritt in den Sanitätsdienst für die Zeit der Choleraepidemie ergangen sein. Die Remuneration ist auf 150 Rbl. monatlich festgesetzt.

— Die Cholera herrscht in ungeschwächter Weise in den von uns in den früheren Berichten erwähnten Gegenden, am heftigsten in Baku und in Astrachan, wo am 28. Juni bereits 198 Kranke in die Hospitäler gebracht wurden, 81 starben und nur 6 genasen. In letzterer Stadt haben die zur Bekämpfung der Epidemie ergriffenen nothwendigen Maassregeln sogar arge Unordnungen unter der Arbeiterbevölkerung hervorgerufen, welche das Hospitalpersonal misshandelte, die Kranken und Leichen aus den Hospitälern schleppte und das Hospital selbst in Brand steckte, sodass behufs Wiederherstellung der Ordnung zur Waffengewalt gegriffen werden musste. Ein Feldscher soll verbrannt worden und ein Bürger den erhaltenen Verletzungen erlegen sein. Ebensolche Ausschreitungen des Pöbels sind am 28. Juni in Ssaratow vorgekommen. Unter dem Einfluss des Gerüchts, dass die Aerzte der örtlichen Hospitäler Lebende beerdigen lassen, hat ein Pöbelhaufe das Hospitalpersonal und Privatleute gemisshandelt, die Wohnungen des Polizeimeisters und mehrerer Aerzte, sowie das temporäre Cholerahospital geplündert und aus letzterem 17 Kranke herausgeschleppt. Erst durch die aus dem Lager requirirten Truppen, welche von ihren Schiesswaffen Gebrauch machen mussten, wurde den Ausschreitungen ein Ziel gesetzt. Aus Baku ist in den letzten 2 Wochen die Hälfte der Bevölkerung (ca. 44,000 Menschen) mit der transkaukasischen Bahn abgereist. Zu den früher genannten von der Seuche heimgesuchten Städten ist seit ca. 8 Tagen noch die Stadt Ssamara hinzugekommen, in welcher am 29. Juni 32 Neuerkrankungen an der Cholera vorkamen, 10 genasen, 8 starben und noch 68 Kranke verblieben.

Erfreulicher Weise werden jetzt sowohl von den Regierungsorganen als auch von den Communalverwaltungen unter Mitwirkung der Aerzte in den noch nicht von der Seuche heimgesuchten Ortschaften die strengsten Präventivmaassregeln in Ausführung gebracht. Nach Nishni-Nowgorod, welches wegen der nahe bevorstehenden Messe ganz besonders Grund zu Befürchtungen giebt, dass die Cholera dorthin eingeschleppt und von dort weiter verbreitet werde, ist Prof. v. Anrep abdelegirt worden, um dort die nöthigen Maassregeln durchzuführen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 28. Juni d. J. 5459 (70 weniger als in der Vorwoche), darunter 328 Typhus — (2 mehr), 594 Syphilis — (18 mehr), 30 Scharlach — (1 weniger), 13 Diphtherie — (4 weniger), 85 Masern — (6 mehr) und 12 Pockenkranke (1 mehr als in der Vorwoche).

Die Bibliothek des Vereins St. Petersburger Aerzte wird im Laufe des Sommers zugänglich sein am Dienstag und Freitag von 4—6 Uhr und am Mittwoch im Laufe des ganzen Tages.

sucht, Scrophulose, Rhachitis, Hautkrankheiten, chron. Erkrankungen der Respirationsorgane, durch Herzklappenfehler und Fettherz veranlassten Kreislaufstörungen, Frauenkrankheiten, Erkrankungen des Nervensystems, Folgekrankheiten der Influenza.

Ichthyol wird mit Erfolg angewandt bei Frauenleiden und Chlorose, bei Krankheiten der Haut, der Verdauungs- und Circulations-Organe, bei Hals- und Nasen-Leiden, sowie bei entzündlichen und rheumatischen Affectionen aller Art, theils in Folge seiner durch experimentelle und klinische Beobachtungen erwiesenen reducirenden, sedativen und antiparasitären Eigenschaften, anderntheils durch seine die Resorption befördernden und den Stoffwechsel steigernden Wirkungen.

Biliner Sauerbrunn! Altbewährte Heilquelle für Nieren-, Blasen- und Magenleiden, Gicht, Bronchialkatarrh, Hämorrhoiden, etc. Pastilles de Bilin (Verdauungszeltchen). Vorzügliches Mittel bei Sodbrennen, Magenkatarrhen, Verdauungsstörungen überhaupt.

Schering's Pepsin-Essenz. Verdauungsbeschwerden, Trägheit der Verdauung, Sodbrennen, Magenverschleimung, die Folgen von Unmässigkeit im Essen und Trinken werden durch diesen angenehm schmeckenden Wein binnen kurzer Zeit beseitigt.

Saxlehners Bitterwasser Hunyadi Janos. Nach Gutachten ärztlicher Autoritäten zeichnet sich dieses natürliche Purgativ durch folgende Vorzüge aus: Prompte und sichere Wirkung; milder Geschmack; geringe Dosis; auch bei längerem Gebrauche keine Verdauungsstörungen. Indication: Habituelle Stuhlverstopfung; Leberleiden; Gelbsucht etc. Neuerdings auch in der zahnärztlichen Praxis mit Erfolg angewendet.

BILINER SAUERBRUNN!

Altbewährte Heilquelle.
Vortreffliches diätetisches und Erfrischungs-Getränk.

PASTILLES DE BILIN

Depôts in St. Petersburg bei: **Stoll & Schmidt, Russ. Pharmac. Handels-Gesellschaft, Klos & Co.**

Brunnen-Direction in Bilin (Böhmen).
(89) 10—5

SCHERING'S PEPSIN-ESSENZ

nach Vorschrift von Dr. **Oscar Liebreich**, Professor der Arzneimittellehre an der Universität zu Berlin. 8—7

Schering's Grüne Apotheke, Berlin N.

Niederlagen in fast sömmtlichen Apotheken und Droguenhandlungen.

Das Handelshaus ALEXANDER WENZEL

empfiehlt unter erheblicher Preisermässigung in diesem Jahre.

Verbandwaaren aller Art, **Bandagen, chirurgisches Zubehör,** Instrumente, **Inductions-Apparate,** **Thermometer, Pulverisatore** etc., etc.

Illustrirte Preiscourante werden gratis eingesandt. (34) 12—3

St. Petersburg, Katharinenkanal № 26—27.

LANOLIN.

(Lanolinum anhydricum purissimum, Lanolinum purissim.), (pharmac. Rossica). Laut Analyse des Dr. der Chemie J. Kablukoff im chemischen Laboratorium der Moskauer Universität, ferner des Professor W. A. Tichomiroff im pharmaceutischen Laboratorium derselben Universität und des Magister der Pharmacie R. Lenardson als vollkommen rein befunden, nach der **russischen Pharmacopoë** alle Reactionen aushaltend, in jeglicher Hinsicht für medicinische, sowie für Parfümeriezwecke geeignet liefert die Fabrik

A. LEHMANN & Co. Nachf. N. JAKOWLEFF,
Moskau, Irininskaja. (93) 5—4
(Copien der Protokolle sind jeder Blechbüchse beigefügt).

Die Freunde unserer Quelle werden gebeten beim Einkaufe auf die hier beigedruckte Schutzmarke (Portrait) zu achten.



Zu haben bei den Droguisten und Apothekern.

Man verlange: **Saxlehner's Bitterwasser.**

(68) 26—9

Eigenthümer: ANDREAS SAXLEHNER, BUDAPEST.

Verlag von **Th. Chr. Fr. ENSLIN (Richard Schoetz)** in **Berlin.**

Die (97) 2—1

CHOLERA.

Entstehung, Wesen und Verhütung derselben.

Von

Dr. Otto Riedel,
Hülfsarbeiter im Kaiserlichen Gesundheitsamte.

Mit 5 Tafeln Abbildungen.
Preis M. 6.—

Die Lichtdruckbilder dieses Werkes sind Original-Photogramme der Herren Geheimrath Dr. *Robert Koch* und Stabsarzt Dr. *Plagge*.

Bei franco Einsendung des Betrages erfolgt die Zusendung franco.

Berlin N. W. Luisenstr. № 36.
Th. Chr. Fr. Enslin, Richard Schoetz, Verlagsbuchhandlung

Musikalische Universal-Bibliothek. Class. u. modn. 2- u. 4hdg. Ouverturen, Lieder, Arien etc. 800 Nrn. **Jede Nr. 20 Pf.** Neu revidirte Auflagen. Vorzgl. Stich u. Druck, starkes Papier. — Elegant ausgestattete **Albums** à 1.50, revidirt von Riemann, Jadassohn etc. — Gebundene Musik aller Editionen. — Humoristica. Verzeichn. gr. u. fr. von Felix Siegel, Leipzig, Dörrienstr. 1.

Verlag von CARL RICKER in St. Petersburg, Newsky-Prospect, № 14.

Handwörterbuch der gesammten Medicin.

Unter Mitwirkung von hervorragenden Aerzten herausgegeben von **Dr. A. Villaret.**

2 Bände gr. Lex. 8°.

1888—91. Preis 28 Rbl. 80 C. in 2 Bd. geb. 32 Rbl. 40 C. Porto für 15 ℔.

C. REICHERT, Wien, VIII, Bennogasse 26.

(84) 7—2 Specialität: **MIKROSKOPE** Ier Qualität.

Dr. Th. v. Schroeder

wohnt vom 1. Juli ab
Литейный проспектъ 55, кв. 13.
Krankenempfang wie bisher.
2—1

Довв. ценз. Спб. 3 Іюля 1892 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Liteiny Prospect, № 55, Qu. 13 zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 28 St. Petersburg, 11. (23.) Juli 1892

Zwei Fälle von Pied tabétique.

Von

Dr. med. Paul Klemm.

Assistenzarzt der chirurg. Abtheil. des Stadt-Krankenhauses zu Riga.

Viel ist seit den ersten Mittheilungen Charcot's und seiner Schüler über die Arthropathien und Trophoneurosen der Tabiker gesprochen und geschrieben worden. Innere Kliniker und Chirurgen haben mit gleichem Fleiss versucht, das Dunkel zu erhellen, in welches jene Processe eingehüllt sind. Viel ist darüber gestritten worden, ob die im Gefolge der Tabes dorsalis auftretenden Gelenk- und Knochenleiden in einem ursächlichen Zusammenhang zu der Erkrankung des Rückenmarks ständen, oder ob sie, als zufälliges Zusammentreffen, mit jener vereint auftreten. Diese Frage darf jetzt als eine entschiedene angesehen werden, denn wir kennen ja nun schon eine ganze Reihe von Affectionen des Centralnervensystems, die mit verschiedenartigen nutritiven Störungen der mannigfachsten Körpergewebe verknüpft sind: der Haut nebst ihren Anhangsgebilden, den Haaren, Zähnen und Nägeln, der Knochen und Gelenke, der peripheren Nerven und anderer. Als solche Krankheiten sind bekannt: die Tabes dorsalis, die Syringomyelie, die Myelitis, Pachymeningitis medullae spinalis, progressive Paralyse, eine ganze Anzahl von Psychosen u. s. w.

Ich erlaube mir nun zunächst über zwei Fälle von Ernährungsstörung im Gebiete des Tarsus nebst Brüchigkeit der Unterschenkelknochen im Anschluss an Tabes zu berichten, die in der chirurgischen Abtheilung des hiesigen Stadt-Krankenhauses zur Beobachtung gelangten. Dem dirigirenden Arzte derselben, meinem verehrten Chef Herrn Dr. A. von Bergmann danke ich die freundliche Erlaubniss zur Publication der Fälle.

Nr. I. Feodor Iwanow 50 a. n. hat als Soldat vor 20 Jahren Lues gehabt. Damals hat er eine Schmierkur durchgemacht und seitdem keine Recidive bemerkt.

Vor 8 Jahren glitt Pat. auf der Strasse aus und brach ich den linken Unterschenkel im unteren Drittel. Ohne bedeutendere Schmerzen zu empfinden ging Pat. nach Hause und legte sich selbst einen Schienenverband an. Nach 5 Wochen war die Fractur so gut geheilt, dass Pat. seiner Beschäftigung nachgehen konnte.

Vor 8 Wochen hat Pat. den linken Unterschenkel abermals im unteren Drittel, beim Ausgleiten und Fall auf der Strasse, gebrochen. Ohne Schmerzen zu empfinden ging er nach Hause. Am nächsten Tage stellte sich aber Schmerzhaftigkeit und starke Schwellung des linken Unterschenkels ein, die den Pat. nöthigten, sich in's Krankenhaus aufnehmen zu lassen; hier wurde eine linkseitige Unterschenkelfractur im unteren Drittel diagnosticirt und ein Pappschienenverband mit Kleisterbinden applicirt.

Nach 4 Wochen war die Fractur geheilt und es fiel allgemein auf, wie flott Pat. ging, ohne Schmerz zu äussern.

Status praesens: Pat. ist mittelgross, von reducirtem Ernährungszustand und gracilem Knochenbau; der Gesichtsausdruck ist ein leidender.

Am Körper finden sich keine verdächtigen Narben, keine Drüsenschwellungen. Der Umfang des rechten Unterschenkels beträgt in der Mitte 28 Ctm., der des linken 30 Ctm. der Umfang im unteren Drittel rechts 21 Ctm., links 23,5 Ctm. über dem Sprunggelenk rechts 33 Ctm., links 37,5 Ctm., an der Basis der Malleolen rechts 26 Ctm., links 33,5 Ctm.

Der linke Fuss misst, an der Planta pedis gemessen, 22 Ctm. in der Länge, der rechte 24 Ctm.

Der linke Fuss erscheint verkürzt, die Fusswurzel verdickt. Besonders ist die Partie um den Malleol. int. stark vorgewölbt. Der vordere Abschnitt des Fusses ist nach aussen abgeknickt und zwar so, dass die Stelle der Knickung der Spitze des Malleol. ext. entspricht. Die Linie des äusseren Fussrandes bildet einen nach aussen offenen Winkel, dessen Scheitel am Malleol ext. liegt. Hier lässt sich auch pathologische Beweglichkeit im Sinne der angedeuteten Abknickung nachweisen. Es besteht links Plattfuss. Etwa 10 Ctm. oberhalb der Insertion der Tendo Achillis am Calcaneus befindet sich in der Sehne eine 4 Ctm. hohe, 2 Ctm. breite Knochenplatte.

Bewegungen im oberen und unteren Sprunggelenk sind bei excessiver Excursion empfindlich. Ein Krachen ist nicht zu spüren.

Pat. zeigt die deutlichen Symptome der Tabes dorsalis: Starkes Schwanken im Stehen mit geschlossenen Augen, Fehlen der Patellarreflexe, reflectorische Pupillenstarre und Herabsetzung der Sensibilität.

Auch der Muskelsinn ist beeinträchtigt, Pat. ist bei geschlossenen Augen sich über die gegenseitige Lage seiner Glieder zu einander nicht völlig klar.

Ataktischer Gang besteht nicht, ebenso keine Atrophie der Papilla nervi optici.

Wir können in vorliegendem Falle eine gewisse Anomalie im Aussehen und der Beschaffenheit der Fusswurzel erkennen, die schon Charcot und Feré [1]) als pied tabétique beschrieben haben.

Es handelt sich nach diesen beiden Autoren um Difformitäten im Gebiete der Fusswurzel und des Mittelfusses, die in typischer Weise auftreten. Sie bestehen in Abflachung der Fusssohle und winkligen Knickungen des Fusses, welche an der Innenseite oder dem Rücken desselben vorspringen.

Bayer [2]) theilte einen Fall von pied tabétique mit, der von besonderem Interesse ist, da er später zur Section gelangte.

Der Calcaneus trug unter dem Malleol. ext. einen unregelmässigen, winkligen Vorsprung. Die vordere Fläche des Talus, Calcaneus und Os scaphoideum war verdickt, jedoch nicht verwachsen. Das Os cuboideum war mit den 3 Keilbeinen verwachsen und zeigte, besonders an der Gelenklinie und am Dorsum Knochenauflagerungen.

Eine grosse Aehnlichkeit zwischen unserem oben geschilderten Fall und dem Bayer's ist nicht zu verkennen. In letzterem machte der Fuss eine nach aussen geöffnete Abknickung, während in dem unsrigen der Scheitel des Knickungswinkels am Malleol. ext. lag.

Im grossen Ganzen macht die vorliegende Abnormität des Fusses den Eindruck der Arthritis deformans. Als abweichend von diesem Krankheitsbilde erscheint vielleicht die Knocheneinlagerung der Tendo Achillis.

Schon v. Volkmann richtete die Aufmerksamkeit der Beobachter auf das Auftreten extracapsulärer Osteophyten und Verknöcherungsprocesse, die sich innerhalb der dem erkrankten Gelenk benachbarten Muskeln, Sehnen und Fascien abspielten. Er sah mit Kredel [3]) den Grund dieser Erscheinung in Fracturen der Gelenke oder des Schaftes in der Nähe derselben, besonders bei unzureichender Immobilisirung der Bruchenden. Versprengte Knochentheilchen sollten als Ausgangspunkt solcher isolirter Knochenneubildungen dienen.

Unser Pat. hatte denn auch thatsächlich 2 Mal einen Bruch der Tibia erlitten; das erste Mal hatte er sich selbst geschient und auch späterhin keinen sachverständigen Beistand requirirt.

Man könnte andrerseits aber auch daran denken, diesen eigenthümlichen Process mit der gesammten Ernährungsstörung, die sich an den Knochen und Gelenken abspielt, in Zusammenhang zu bringen. Es ist jedenfalls auffallend, dass man bei Gelenkfracturen nicht neuropathischer Individuen, wo sonst ganz analoge Verhältnisse vorliegen, derartige Verknöcherungen der Muskeln, Sehnen und Fascien nicht findet. Im Uebrigen unterscheiden sich die Brüche Gesunder von denen Nervenkranker weder hinsichtlich des Verlaufs noch der Consolidation. Letztere erfolgt meist prompt, ja gelegentlich sogar früher, als bei nicht neuropathischen Patienten.

Vielleicht haben wir in jenen eigenthümlichen Knocheneinlagerungen etwas Aehnliches, wie bei der Myositis ossificans progressiva, die sich als intermusculäre Exostosenbildung charakterisirt und von manchen Autoren als trophoneurotischen Ursprungs gedeutet wird [4]). Jedenfalls passen diese regellosen Knochenwucherungen völlig in den Rahmen der Symptome, wie sie sich bei den arthritischen Veränderungen auf neurotischer Grundlage präsentiren.

[1]) Affections osseuses et articulaires du pied chez les tabétiques. Prog. med. 1883. Nr. 31.
[2]) Pied tabétique. Revue de med. 1884.
[3]) Arthropathien und Spontanfracturen bei Tabes. Samml. kl. Vortr. Nr. 309.
[4]) Schwartz. Myositis ossif. progr. Deutsche med. Wochenft. 1884, Nr. 50.

Als sehr ähnlich in seinem Befunde erlaube ich mir folgenden Fall, der gleichfalls der chirurg. Abtheil. des Stadt-Krankenhauses entstammt, zu schildern.

Nr. II. Jan Berensohn 51 a. n. hat vor 13 Jahren während seiner Dienstzeit Lues gehabt. Vor 10 Jahren brach er sich den rechten Unterschenkel, vor 5 Jahren den linken.

Am 2. Januar 91 ist Pat. auf der Strasse ausgeglitten und hat starke Schmerzen am linken inneren Fussrand verspürt, doch konnte er weiter gehen.

Bei seinem Eintritt ins Krankenhaus am 2. Januar liess sich folgender Befund erheben:

Stat. praes.: Pat. ist mittelgross, in seiner Ernährung mässig reducirt. Die Haut ist trocken und schilfernd, besonders an den unteren Extremitäten. Allgemeine kleine, harte Drüsen. Am linken Ellenbogen finden sich ausgedehnte Narben serpiginöser Geschwüre.

Der linke Unterschenkel ist an der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel etwas verdickt. Am rechten Unterschenkel findet sich der Malleol. ext. fibulae mässig verbreitert.

Das linke Fussgelenk ist umfangreicher, die Fusssohle selbst ist platt. Der Bogen des inneren Fussrandes ist links kürzer als rechts. Der Fuss erscheint nach innen abgeknickt und zwar so, dass in der Mitte des inneren Fussrandes ein nach innen offener Winkel entsteht, dessen Scheitel in der Mitte des Fussrandes liegt. Nach innen und hinten vom Malleol. int. findet sich eine ca. wallnussgrosse Prominenz, die alle Bewegungen des Calcaneus mitmacht. Bei plantarer und dorsaler Flexion, sowie auch bei Seitwärtsbewegungen hat man das deutliche Gefühl der Spannung der Achillessehne; Crepitation in Gebiete der Fusswurzel ist nicht fühlbar. Die Achillessehne geht in gerader Linie auf den Calcaneus über. Bereits oberhalb des Malleol. int. fühlt sich die Sehne knochenhart an und es lässt sich constatiren, dass man diesen Eindruck gewinnt durch eine harte, schmale Knochenleiste, welche sowohl innen als aussen der Tendo anliegt. Innen lässt sie sich vom Calcaneus deutlich abgrenzen, aussen geht sie auf denselben über.

Pat. zeigt die deutlichen Symptome der Tabes dorsalis.

Anästhesie ist nicht deutlich ausgesprochen; an den unteren Extremitäten ist die Sensibilität hie und da herabgesetzt.

Der Patellarsehnenreflex fehlt beiderseits. Starkes Schwanken beim Stehen mit geschlossenen Augen.

Pupillenstarre ist nicht vorhanden, auch ophthalmoskopisch ist keine Atrophie der Papilla nervi optici nachweisbar.

Der Befund in diesem Falle ist fast der gleiche, wie in dem zuerst beschriebenen; leichte Knochenbrüchigkeit vergesellschaftet mit Ernährungsstörungen am Skelet der Fusswurzelknochen, genau wie sie bei der vulgären deformirenden Gelenkentzündung vorkommen, und Verknöcherungen resp. Knocheneinlagerungen der Achillessehne.

Es würde sich nun fragen: sind wir berechtigt, die hier skizzirte Erkrankung der Fusswurzelknochen in Abhängigkeit zu setzen vom bestehenden Nervenleiden, oder können wir den pathologischen Process unabhängig von der Tabes auf die erlittenen Fracturen beziehen? Ich glaube, wir dürfen das Factum als erwiesen ansehen, dass thatsächlich im Gefolge der Tabes dorsalis Ernährungsstörungen an Knochen und Gelenken vorkommen, die zu der Grundkrankheit in einem bestimmten Verhältniss stehen; unter diesen scheint die als «pied tabétique» beschriebene Erkrankung des Fusses eine recht typische Form zu sein, wenn man sich nach der kleinen Zahl der Mittheilungen ein Urtheil erlauben darf.

Pathologisch-anatomisch lassen sich vorzüglich 2 Formen der tabischen Arthropathien unterscheiden. Es giebt solche, wo die hyperplastischen Vorgänge am Knochen und an den Weichtheilen prävaliren: es sind dies die Fälle, die der vulgären Arthritis deformans sehr ähnlich sind. In diese Kategorie rangiren die beiden unsrigen. Sie gehören zu dem Typus, den schon Charcot als den «benignen» bezeichnete und dessen Merkmal anatomisch das Ueberwiegen der hyperplastischen Processe, klinisch der chronische Verlauf ist.

Im Gegensatz dazu findet sich eine zweite Reihe von Fällen, wo der rapide Verlauf, die Schnelligkeit und Hochgradigkeit der Zerstörung der Gelenke charakteristisch für die Erkrankung ist. Wir sehen, wie sich binnen Kurzem in den mannigfachsten Gelenken Zerstö-

rungen etabliren, wie sie hochgradiger bei keiner anderen Erkrankung der Knochen und Gelenke angetroffen werden. Rotter[5]) giebt in seiner ausführlichen Statistik manchen hierher gehörigen Fall. Während sich die erste Gruppe nur wenig, sowohl pathologisch-anatomisch als auch klinisch, von der vulgären deformirenden Gelenkentzündung unterscheidet, findet sich in dieser doch Manches, was bei der Arthritis def. nicht vorkommt. Vor Allem ist es der acute Verlauf und der plötzliche Beginn, der den neurotischen Arthropathien ein eigenartiges Gepräge verleiht. Bildungen wie z. B. die «jambes de polichinelle» kommen bei der vulgären Arthritis def. nicht vor. Letztere pflegt dabei in der Regel eine «arthrite séche» zu sein, während bei der tabischen Form derselben Gelenkergüsse eine wichtige Rolle spielen. In der ersten Gruppe wissen die Pat. oft nichts von ihrem Leiden, wie das auch bei unseren beiden Kranken der Fall war; in der zweiten dagegen macht sich in der Regel ein ganz acuter Beginn, der meist mit einem mechanischen Insult des ergriffenen Gelenkes in Zusammenhang gebracht wird, bemerkbar, der in rascher Folge die Zerstörung desselben herbeiführt.

Die wichtigste und zugleich die interessanteste Frage der neurotischen Knochen- und Gelenkleiden ist die ihres Abhängigkeitsverhältnisses vom nervösen Grundleiden. Sind die neurotischen Arthropathien in eine Reihe mit der vulgären Arthritis def. zu stellen, bilden sie etwa nur eine zufällige Complication des nervösen Leidens oder wird das Gelenkleiden in einer bestimmten Weise von der Erkrankung der Nerven beeinflusst, oder sind die Arthropathien als eine specifische Erkrankung aufzufassen.?

Die ursprünglich von Charcot aufgestellte Hypothese der Erkrankung trophischer Centren in den grauen Vorderhörnern ist zur Zeit wohl als überwunden anzusehen. Abgesehen davon, dass mit der Substitution derartiger hypothetischer Centren nichts gewonnen war, kamen auch Fälle zur Section, wo von einer Erkrankung der Vorderhörner keine Rede war.

Wir müssen es deutschen Forschern und vorzüglich v. Volkmann, Virchow, Czerny u. A Dank wissen, dass sie locale Ursachen für die Erklärung der Pathogenese mit heranzogen.

Wie steht es nun mit anderen nervösen Erkrankungen? Lassen sich da ähnliche arthritische Veränderungen nachweisen und gestatten uns diese vielleicht Rückschlüsse auf die Entstehung derselben zu ziehen?

Ich greife aus der grossen Reihe von Neuropathien, die mit trophischen Störungen der verschiedensten Organe verbunden sein können, die Syringomyelie heraus, im Verlaufe derer es zu Gelenkleiden kommen kann, die mit denen Tabischer die grösste Aehnlichkeit haben. Ssokolow[6]) referirte über eine Serie von 23 Fällen von Gelenkleiden bei Syringomyelitikern, in sämmtlichen mit Ausnahme zweier handelte es sich um Arthropathien der oberen Extremitäten. Es besteht somit doch wohl eine Relation zwischen der Erkrankung des Rückenmarkes und dem Gelenkleiden; es ist bekannt, dass die syringomyelitischen Processe hauptsächlich im Halsmark localisirt sind, während im Gegensatz dazu die graue Degeneration der Hinterstränge der Tabiker am intensivsten im obersten Lenden- und Brusttheil des Rückenmarks ausgesprochen ist. Conform damit sehen wir, dass die Gelenkleiden dieser Kranken sich vorzüglich an den unteren Extremitäten finden.

Rotter stellte die Krankengeschichten von 74 Patienten zusammen, die in summa an 112 Gelenkaffectionen litten, 79 davon betrafen die unteren Extremitäten, 23 die oberen.

Ball[7]) fand unter 18 Arthropathien 12 der unteren und 6 der oberen Gliedmassen.

Es ist also doch sehr wahrscheinlich, dass das betreffende erkrankte Rückenmarkssegment in einem bestimmten Verhältniss zu dem afficirten Gelenke steht und dass mit der Erkrankung des Centralorgans Vorgänge einhergehen, die eine Mitbetheiligung der das Gelenk zusammensetzenden Theile bedingen.

Von höchstem Interesse sind in Bezug hierauf die Untersuchungen von Pitres und Vaillard[8]), sowie Oppenheim und Siemerling[9]), die ausgebreitete neuritische Processe im Anschluss an Tabes fanden. Meist waren die sensiblen Nerven degenerirt, doch kamen auch solche motorische vor.

Erb schreibt in seinem bekannten Lehrbuch der Nervenkrankheiten, dass die graue Degeneration der Hinterstränge auch auf die hinteren Wurzeln übergehe.

Friedreich constatirte in einem seiner Fälle Bindegewebswucherung und Abnahme der Nervenfasern im N. ischiadicus.

Es scheint also, dass die Tabes nicht allein eine Degeneration der Hinterstränge des Rückenmarks darstellt, sondern dass von hier aus eine Propagation der degenerativen Processe auf die peripheren Nerven möglich ist, wie wir das vom N. opticus z. B. schon lange wissen. Die bei Tabischen vorkommende Atrophie der Papilla nervi optici stellt nichts Anderes dar, als eine descendirende Neuritis, die vom erkrankten Rückenmark her ihren Ausgangspunkt hat.

Dass die Degeneration gewisser Nervenabschnitte, speciell der die Gelenke versorgenden Aeste mit Ernährungsstörungen letzterer verknüpft sein kann, ist eine Thatsache, die durch die Angaben Fischer's[10]) und Riedels[11]) erhärtet wird.

Ersterer beobachtete nach Durchschneidung des N. ulnaris destruirende Gelenkentzündung mit Subluxationsstellung der Finger, Letzterer beschrieb einen Fall von peripherer Nervenverletzung, die von rapider und äusserst hochgradiger Destruction des linken Kniegelenks gefolgt war, so dass die linke untere Extremität amputirt werden musste, wobei sich die Ernährungsstörungen im Gelenk pathologisch-anatomisch als Arthritis deformans auswiesen.

v. Volkmann, Virchow, Rotter u. A. haben auf die Wichtigkeit mechanischer Momente für die Erklärung dieser Arthropathien aufmerksam gemacht: die Kranken maltraitiren ihre Gelenkflächen in ausgiebigster Weise, sie belasten dieselben rücksichtslos, sie forciren die physiologischen Hemmvorrichtungen, kurz sie arbeiten an der Verwüstung ihrer Gelenke in energischer Weise mit, da eine vollständige Anästhesie des Periostes der Knochen und Gelenke sie gegen alle mechanischen Insulte derselben unempfindlich macht.

In der That kann in dieser Weise der rapide Verlauf und die Hochgradigkeit der Destruction vieler neurotischer Arthropathien erklärt werden, besonders bei Tabes, wo meist die unteren Extremitäten afficirt werden, die ja überhaupt mehr Arbeit zu leisten haben und stärker strapazirt werden, als die Gelenke der oberen Gliedmassen.

Doch der alleinige Grund ist das offenbar nicht, denn es treten auch trophische Störungen an Organen auf,

---

[5]) Die Arthropathien bei Tabiden. Arbeit. aus der chirurg. Klinik zu Berlin 1887.

[6]) Ref. im Centralblatt f. Chir. Nr. 39. 1891.

[7]) Des arthropathies liées à l'ataxie locomot. progr. Gaz. des hôpitaux 1868/69.

[8]) Contribution à l'étude des névrites per. ph. chez les tabétiques. Rev. de med. 1886.

[9]) Beiträge zur Path. d. Tabes dors. und der periph. Nervenerkrankungen. Arch. f. Psych. 1887.

[10]) Ueber troph. Störungen nach Nervenverletz. an d. Extremit. Berl. klin. Wochenschrift. 1871. pag. 145.

[11]) Nervenverletzg. d. l. unteren Extremität. Rapide Destruction d. linken Kniegelenkes durch Gehversuche. Berlin. klin. Wochenschrift. 1883.

wo mechanische Insulte überhaupt nicht eingewirkt haben, so auch an Gelenken von Kranken, die Jahre lang das Bett gehütet haben, und wo eine Ueberanstrengung derselben auszuschliessen war. Leyden [12]) berichtete über das Entstehen von Arthritis deformans bei Tabikern, die Jahre lang die Bettlage einnahmen.

Obgleich ich die Wichtigkeit mechanischer Insulte der anästhetischen Gelenke voll anerkenne, bin ich doch der Ansicht, dass man auf das Vorhandensein palpabler Störungen, wie sie in der Degeneration peripherer Nerven doch immerhin vorliegen, mehr Gewicht legen sollte, da es den Anschein hat, als ob die sensiblen Nerven zu den Ernährungsvorgängen der Körpergewebe in enger Beziehung stehen und dass bei degenerativen Processen in denselben sich Störungen geltend machen, wie sie uns z. B. in den Arthropathien der Tabiker und Syringomyelitiker vorliegen.

Wir können die neurotischen Arthropathien zunächst als Arthritis deformans bezeichnen, deren Genese möglicher Weise auf die Degeneration peripherer Nerven zu beziehen ist; die Eigenthümlichkeiten derselben, wie sie klinisch in dem rapiden Verlauf und anatomisch in der Hochgradigkeit der Zerstörung vorliegen, sind auf Rechnung mechanischer Insulte zu setzen, denen die Gelenke neurotischer Individuen ja häufig ausgesetzt sind.

Bothryocephalus-Finnen in Hechten des St. Petersburger Fischmarktes

Von

Professor Dr. M. Braun.
Königsberg i. Pr.

Der Güte des Autors verdanke ich die Kenntniss eines Artikels, der sich mit der Frage beschäftigt: «wie bekommt die Einwohnerschaft St. Petersburgs den breiten Bandwurm?» (cf. St. Petersb. medic. Wochenschr. XVII Jahrg. 1892 Nr. 22). So erfreut ich darüber bin, dass endlich nach fast 10 Jahren auch die Aerzte meinen auf die Herkunft des Bothryocephalus latus gerichteten Experimenten Aufmerksamkeit schenken und die praktischen Consequenzen ziehen, so sehr bedauere ich bemerken zu müssen, dass das Resultat, zu welchem der Autor, Herr Dr. A. v. Schröder gelangt, kein neues ist, sondern nur Angaben, die ich bereits 1883 gemacht habe, bestätigt. Schröder sieht, was nicht anders zu erwarten war, die Infectionsquelle mit Bothryocephalus latus für die Bewohner Petersburgs in den dort zu Markt gebrachten Hechten, von denen er fünf aus dem finnischen Meerbusen stammende untersucht und mit den Finnen des breiten Bandwurmes inficirt gefunden hat.

Bereits am 17./29. März 1883 habe ich in einer Sitzung der Dorpater Naturforscher-Gesellschaft (vergl. Sitzgsber. etc. Bd. IV, pag. 534) kurz mitgetheilt, «dass die Hechte des finnischen Meerbusens und des Ladogasees, die in Petersburg zu Markt gebracht werden, ganz ebenso mit Finnen behaftet sind, wie die Dorpater». Ich will gern zugeben, dass diese Notiz wegen ihres Erscheinens in den Dorpater Sitzungsberichten kaum in weiteren Kreisen bekannt geworden ist; aber über dieselbe Angelegenheit machte ich in Virchow's Archiv für pathol. Anatomie (92 Bd. 1883 pg. 366) ebenfalls Mittheilung und zwar auf Grund der Untersuchung von 4 Hechten, die einer meiner damaligen Zuhörer, Herr J. Türstig aus St. Petersburg mir überbracht hatte. Streng genommen kommt die Ehre der Entdeckung von Bothryocephalus-Finnen in Petersburger Hechten Herrn Türstig zu, der mir, was ich auch (l. c.) anführe, die 4 Hechte mit der Bemerkung übergab, die in Petersburg zu Markt gebrachten Hechte seien «voll von Bothryocephalusfinnen». Herr Dr. Türstig kannte die Bothryocephalusfinnen damals schon sehr genau — war er doch einer der drei Dorpater Comilitonen, die sich mir im October 1882 zu Versuchen mit den Bothryocephalenfinnen zur Verfügung gestellt hatten. Mir blieb also nur die Aufgabe, den Fund Türstig's zu bestätigen, was bei einem Hechte, der angeblich aus dem Ladogasee stammte, und bei zweien, die im finnischen Meerbusen gefangen und wie der erste auf dem Markte in Petersburg von Herrn Türstig gekauft waren, gelang; das vierte aus dem Nowgorod'schen Gouvernement stammende Exemplar erwies sich frei von Finnen.

Ich kann nur wünschen, dass die angeregte Frage nach der Verbreitung der Bothryocephalusfinnen in Fischen des russischen Reiches weitere Aufmerksamkeit auf sich zöge; die Finnen sind, wie Herr Dr. v. Schröder ganz richtig bemerkt, auch für den, der sie nie gesehen hat, leicht aufzufinden, da sie durch ihre Grösse auffallen und durch ihre weisse Farbe von dem durchscheinenden Fleische frischer Fische sich gut abheben; am leichtesten findet man sie in der Leibeshöhle auf.

Königsberg, i. Pr. 7. Juli 1892.

Referate.

Prof. Nothnagel: Ueber eine eigenthümliche perniciöse Knochenerkrankung (Lymphadenia ossium). (Wiener medicinische Blätter 1892, Nr. 10—11).

Diese Arbeit ist ursprünglich in der Virchow zu seinem 70. Geburtstag gewidmeten Festschrift erschienen. Die W. med. Bl. haben das Verdienst, den Aufsatz einem grössern Kreis zugänglich gemacht zu haben.

Der eigenthümliche und sehr seltene von N. beschriebene Krankheitsfall betrifft einen 24. Jahre alten Mann, der bis dahin gesund gewesen, hereditär nicht belastet ist und unter guten hygienischen Verhältnissen gelebt hat (erst Senner, dann Soldat in Tirol). Im Juni 1889 stellten sich ohne nachweisbare Ursache stechende Schmerzen im untern Sternalende ein, die anfangs alle 14 Tage in den Abendstunden unter Fiebererscheinungen und Schweiss auftraten und 5—6 Stunden dauerten. Sonstige Beschwerden waren nicht vorhanden. Allmälig kehrten die Anfälle häufiger, schliesslich jeden zweiten Abend wieder, wurden stärker, Patient magerte ab und wurde immer schwächer. Zugleich verbreiteten sich die Schmerzen über die Sitzknochen, den Rumpf, die obern und untern Extremitäten. Es stellten sich Oedeme an den Füssen ein. Seit Mai 1890 fesselte die zunehmende Schwäche Pat. ans Bett. An den schmerzfreien Tagen waren Allgemeinbefinden, Appetit, Schlaf befriedigend.

Der Kranke trat dann in Nothnagel's Klinik ein und hier wurde folgender Status am 6. October 1890 aufgenommen: Ursprünglich zarter Knochenbau, hochgradige Atrophie des Fettpolsters und der Musculatur. Haut fahl, trocken, abschilfernd. Temp. normal, Knöchelödem. Art. radialis eng, weich, nicht geschlängelt. Puls 110, regelmässig. Athmung 30. — 24stündige Harnmenge 1000 Cbcm. Harn gelb, sauer, von Uraten getrübt, spec. Gewicht 1023. Kein Zucker, Eiweiss, Aceton, Pepton. Indicangehalt etwas erhöht. — Im normalen Stuhl keine abnormen Bestandtheile. — Das Blut fast serös, Hämoglobingehalt 30 pCt., Zahl der rothen Blutkörper im Cbcm. 1,824.000. Mikroskopisch: starke Poikilocytose, die rothen Blutkörper von sehr verschiedener Grösse, einzelne kernhaltige Blutkörper. Leichte Leucocytose, vorwiegend mehrkernige Leucocyten, spärliche eosinophile Zellen. Blutplättchen in normaler Zahl. Malariaparasiten zu keiner Zeit im Blut nachweisbar, ebenso wenig andere Mikroben. — Die Lymphdrüsen sind hier und da mässig vergrössert, weich. — Sinnesorgane normal bis auf geringe Schwerhörigkeit auf einem Ohr. — Sehr auffallend sind die Difformitäten der Knochen, die sich fast über das ganze Skelet erstrecken. Das Sternum ist namentlich an seinem obern Ende unförmlich aufgetrieben, glatt, knochenhart, nicht schmerzhaft, nur am untern Ende des corpus Sterni starke Druckempfindlichkeit. Aehnliche Veränderungen finden sich an den Gelenkenden der Metacarpalknochen, den Epiphysen der Vorderarmknochen, des Oberarms, der Unterschenkelknochen. Die Diaphysen sind normal. — Die Bewegungen in den Gelenken schmerzhaft, im Knie- und Fussgelenk beiderseits Flüssigkeitserguss. Becken, Wirbelsäule, Schädel zeigen keine Difformitäten. — Rechtsseitiges pleuritisches Exsudat. Herz normal. Milz et-

---

[12]) Leyden und Beely: Verhandl. des Vereins für innere Medicin zu Berlin 30. Nov. 1885.

was vergrössert. Kein Ascites. — Bei zunähmender Schwäche erfolgte am 16. November der Tod. Die Schmerzparoxysmen und Fiebersteigerungen hielten im Allgemeinen tertianen Typus ein.

Das Ergebniss der von Prof. Kundrat gemachten Section war im Wesentlichen folgendes: Entsprechend der Geschwulst über dem Manubrium sterni findet sich eine daumendicke succulente Masse, die eine 1 Cm. hohe Osteophytschicht überwuchert und ohne scharfe Grenze in die benachbarten Weichtheile übergeht. Von ähnlichen Massen sind auch die Rippen umschlossen und die Intercostalmuskeln infiltrirt. Wirbel und Beckenknochen verdickt, von Osteophyten überlagert, welche auch von der grauen weichen Masse durchwuchert sind. Analoge Veränderungen an den Gelenkenden der Extremitätknochen. — Das Knochenmark überall durch ein grauweissliches von fein poröser Knochenmasse durchsetztes Gewebe ersetzt und zwar ebenso an den Röhren — wie an den platten Knochen und Wirbeln. Dieses weiche Gewebe zeigt mikroskopisch ausgesprochen lymphadenoiden Bau: in die Maschen eines netzartigen bindegewebigen Gerüstes sind zahlreiche Leucocyten eingelagert. Das in den Markhöhlen neugebildete Knochengewebe und die Osteophyten bestehen aus lamellirtem Faserknochen. die Zwischenräume zwischen den Knochenbälkchen sind mit lymphoidem Gewebe gefüllt. — Die Milz enthält viel Blutpigment, der lymphoide Theil des Milzgewebes hyperplastisch. Dieselben Veränderungen in den Lymphdrüsen. Es handelt sich also im Wesentlichen um die Entwickelung eines lymphadenoiden Gewebes in den Knochen mit gleichzeitiger Neubildung von Knochensubstanz.

Der Fall lässt sich keiner einzigen der bisher bekannten Erkrankungsformen der Knochen zuzählen; er unterscheidet sich wesentlich von den 3 allenfalls in Betracht kommenden Knochenerkrankungen: der Acromegalie, den nach Bamberger und Marie bei chronischen Herz- und Lungenkrankheiten auftretenden Knochenhypertrophien, und der von Paget beschriebenen Osteitis deformans.

Von grossem Interesse sind die Blutveränderungen in diesem Fall. Ein diffuser Schwund des Knochenmarks muss ja nach dem, was wir über die Blutbereitung wissen, von grossem Einfluss auf die Beschaffenheit des Bluts sein. Experimentell lässt sich das Knochenmark nicht in solcher Ausdehnung vernichten, wie es hier durch einen pathologischen Process geschehen ist. Das Blut ist nun hochgradig verändert, aber in keiner andern Weise, als es auch bei andern schweren Anämien vorkommt: Oligochromämie, Oligocytämie, Poikilocytose, kernhaltige rothe Blutkörperchen etc. sind keine seltenen Befunde. Da für diese Blutveränderungen keine andern Ursachen gefunden worden sind, muss man annehmen, dass sie im vorliegenden Fall durch den diffusen Schwund des Knochenmarks hervorgerufen sind. Interessant ist ferner, dass Milz und Lymphdrüsen trotz compensatorischer Hypertrophie die Function des Knochenmarks nicht haben ersetzen können, nnd zwar hat die Regeneration der rothen Blutkörperchen am meisten gelitten, während die Leucocyten des Bluts vermuthlich von Milz und Lymphdrüsen in reichlicher Zahl geliefert worden sind. Wanach.

E. Gerdes: Ueber den Eklampsiebacillus und seine Beziehungen zur Pathogenese der puerperalen Eklampsie. (Deutsche Med. Wochenschr. Nr. 26).

Gerdes, der vor nicht langer Zeit in einem schweren Falle letal verlaufender puerperaler Eklampsie einen Bacillus in mehreren Organen entdeckt und in Reinculturen gezüchtet hat (cf. Referat in Nr. 21 dieser Wochenschrift), berichtet über das Untersuchungsresultat eines weiteren Falles. Derselbe endständig sich färbende Bacillus, den Gerdes «Eklampsie-Bacillus» zu nennen vorschlägt, fand sich auch in diesem Falle in Leber, Milz, Niere, Herz und im Blut; in der Placentarstelle aber in kolossalen Mengen. Das Ergebniss seiner Untersuchungen fasst Gerdes in folgenden Thesen zusammen:

1) Der Eklampsiebacillus ist die alleinige Ursache der Eklampsie und findet sich bei keiner anderen Krankheit. Ohne Eklampsiebacillen gibt es keine Eklampsie. Die Infection geschieht vom Uterus aus, wahrscheinlich auf Grund einer schon vor der Conception bestandenen Endometritis.

2) Die aus anderen Ursachen während der Geburt auftretenden Krämpfe sind auf Grund der Sectionsbefunde als grundsätzlich verschieden von der Eklampsie zu trennen.

3) Die Eklampsie ist eine anatomisch streng begrenzte und wohl charakterisirte Krankheit.

4) Die schweren Organveränderungen Eklamptischer finden durch den blossen Nachweis des specifischen Mikroben nicht die hinreichende Erklärung. Wahrscheinlich sind sie die direkte oder indirekte Folge der Wirkung der Toxine des Eklampsiebacillus. W. Beckmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

M. Bresgen: Krankheits- und Behandlungslehre der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle, sowie des Kehlkopfes und der Luftröhre. Mit 166 Holzschnitten. Zweite, gänzlich umgearbeitete und erweiterte Auflage. Wien und Leipzig Urban und Schwarzenberg. 1891.

In diesem Buche, das die 2. Aufl. der «Grundzüge einer Pathologie und Therapie etc. 1884», ist und über das seinerzeit in unserer Wochenschrift referirt worden ist, ist das alte Buch fast gar nicht wiederzuerkennen. Gleich der Name ist ein anderer geworden, obgleich merkwürdiger Weise unten bei der Bogenzahlangabe ein anderer, als der Titel des Buches steht. Das Buch ist weiter an Umfang gewachsen, von 272 Seiten auf 432 Seiten gestiegen. Der Litteraturindex, dessen Wichtigkeit wir wohl nicht zu betonen brauchen, ist bedeutend vergrössert, sehr ausführlich (rund 3000 angeführte Schriften) und jetzt jedem Abschnitte vorangestellt, wodurch sein Werth noch steigt. Die Zahl der Abbildungen ist annähernd dieselbe geblieben; einige frühere sind weggefallen, dafür neue hinzugekommen. Endlich ist die ganze Anordnung des Buches eine andere geworden, es ist umgearbeitet und erweitert; ganze Capitel sind wesentlich grösser, andere neu. Am besten zu ersehen ist es aus der hier folgenden kurzen Inhaltsangabe.

I. Theil. A. behandelt die Anatomie der Nase (und deren Nebenhöhlen), der Mund-Rachenhöhle, des Kehlkopfs und der Luftröhre in sehr ausführlicher Weise, illustrirt durch gute und instructive Zeichnungen. I. Th. B. giebt einen gedrängten, guten Ueberblick über die Physiologie jener Organe.

Im II. Theile, der allgemeinen Pathologie und Therapie, giebt Verf. eine Skizze der Ursachen, Untersuchungsmethoden, Symptomatologie und Therapie, wobei er sich im letzten Theile daran hält, nur dasjenige zu besprechen, was sich allgemein und ihm speciell bewährt hat. Th. III behandelt die specielle Pathologie und Therapie der genannten Organe.

Ein näheres Eingehen auf die Details passt nicht hierher. Das Buch ist übrigens so geschrieben, dass der Ausstellungen bezüglich des Inhalts vom Ref. sehr wenige zu machen sind, und haben sich bei Durchsicht der Notizen, die Ref. bei der Lectüre des Buches gemacht, diese nur auf sehr unwesentliche und individuelle Aushemmungsweisen bezogen.

Das Lehrbuch ist Jedem, der sich über die Krankheiten der genannten Organe orientiren will, ein guter Rathgeber und Lehrer, wird aber auch für den Fachmann ein lieber Freund sein, worauf Rf. im Anfange schon hingewiesen hat.

Eines hat Ref. am Buche jedoch auszusetzen. Das betrifft die «versuchsweise» Verdeutschung bekannter Fremdworte, was Verf. damit motivirt, «man solle auch als Arzt bemüht sein, nur deutsch zu reden und zu schreiben. Mit den Kranken müssen wir ja ohnehin deutsch reden, wollen wir von ihnen verstanden werden und ihre Folgsamkeit und ihr Vertrauen erzielen». Ein ganz unnützes Unternehmen. Von dem Chauvinismus in diesen Worten will Ref. ganz absehen. Unverständlich ist ihm die Berufung auf den Kranken. Dagegen dass deutsch geredet und geschrieben werde. d. h. dass die Rede und Schrift nicht mit unnützen Fremdworten ausgestattet werde, ist natürlich nichts einzuwenden, wohl aber, dass man in einen mindestens ganz unnützen Purismus verfällt. Vor Allem will man doch allgemeinverständlich sein, nicht nur für den Arzt, der die Sprache des Werkes als Muttersprache kennt, sondern auch für den, dem sie nicht Muttersprache ist und der nun selbst bei guter Kenntniss der Sprache gezwungen ist mit dem Lexicon in der Hand zu lesen, das ihn bei den ganz ungebräuchlichen Worten natürlich oft in Stich lassen wird. Weiter soll man doch der Sprache nicht Gewalt anthun und endlich auch dem die Muttersprache Lesenden nicht ganz unverständliche Ausdrücke als Räthsel zu lösen aufgeben.

Als Beweis für das Gesagte diene Folgendes:

Ausdrücke, wie Aufbau und Verrichtungen, besondere Krankheits- und Behandlungslehre, Vorhersage. Erkennung, Absonderungsflüssigkeit, Geflecht, Schlagader und Sauggefässe (warum aber Vene und statt dessen nicht einfach Ader?) sind recht überflüssig statt der lateinischen Bezeichnungen, mögen aber noch hingehen und sind vielleicht für den Nichtdeutschen noch verständlich. Dem Fremden schon viel unverständlicher, zumal als Capiteltitel (ohne den lateinischen Namen dabei) sind: Aussatz, Rotz, Rothlauf, Scharbock, (dagegen Syphilis und Tuberculose nicht verdeutscht!) Bei diesem Purismus stossen wir aber auf Dinge, die der Sprache Gewalt anthun, oder der Zunge und dem Ohr recht unbequeme Aufgaben stellen und zum Theil komisch wirken, wie Nasenschlagader, Zungenkehldeckelfalte, Zungenbeinzungenmuskel, Griffelzungenmuskel, Ring-Stellknorpelmuskel, Dauerentzündung (für chronische).

Weiter finden wir aber Ausdrücke, welche durch die Verdeutschung ganz oder fast ganz unverständlich geworden. (Beiläufig bemerkt, ist die Uebersetzung einmal sogar falsch, indem «lateral» mit «äusserlich» übersetzt ist, wodurch der Passus unverständlich ist, pag. 7.). Wer erkennt denn sofort im Trompetenmuskel den M. buccinatorius oder in der Schild-

knorpel Zungenbeinhaut die Membrana thyreoidea, im Paukenhöhlenfaden die chorda tympani, in einer selbstständigen Knorpelhautentzündung die primäre Perichondritis? Aber noch schlimmer steht es um Ausdrücke, wie Rindenmittelpunkt, Trugempfindlichkeit (Parästhesie), Keilgaumenknoten, Keilgaumenast oder Beinerv und Lungen-Magennerv. Recht gute alte Bekannte Alles, die in dieser Maske kaum wiederzuerkennen sind!

Hoffen wir, dass dieser «Versuch» der Sprachreinigung keine Nachahmer findet und dass die nächste Auflage des vorliegenden Buches wieder die gebräuchlichen und allgemein verständlichen medicinischen Ausdrücke enthält.

Neumann.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung am 13. Januar 1892.

1. Dr. Petersen berichtet über folgenden Fall von Krebs der Prostata:

Am 8. Januar d. J. wandte sich an den Ref. ein 58jähriger Beamter, welcher schon seit 2 bis 3 Jahren bemerkt hatte, dass die Häufigkeit des Harnlassens bei ihm zunahm. Nachts müsse er jetzt alle halbe Stunde aufstehen, um zu uriniren. Bisweilen, namentlich nach Fahrten auf schlechtem Pflaster, trete auch blutiger Harn auf. Da Pat. jedoch seit 20 Jahren an Haemorrhoiden litt, so glaubte er selbst auch den Bluthan darauf beziehen zu müssen. Seit einigen Wochen sei es ihm aufgefallen, dass zum Schluss des Coitus die ejaculatio seminis aufgehört habe, ohne dass Schmerzen vorhanden. Die Untersuchung ergab Folgendes: Hagerer Mann, mässige Alterserscheinungen, mässige Abmagerung. Die Prostata erwies sich bei der Untersuchung per anum stark vergrössert, etwa gänseeigross, namentlich die höckerige rechte Hälfte; jedoch auch linkerseits knotige Vorwölbungen vorhanden. Mässige Empfindlichkeit. Der Harn klar, schwach sauer, ergab am 9. Jan. nur Spuren von Eiweiss (0.003 pCt.); die mikroskopische Untersuchung des kaum wahrnehmbaren Bodensatzes zeigte vereinzelte Plattenepithelien und wenig zahlreiche Eiterkörperchen. Die Hoden schlaff, nicht vergrössert. Heute am 13. Januar brachte Pat. dagegen eine Portion stark blutigen, Coagula und Fetzen enthaltenden Harnes mit, die er Abends vorher entleert. Gegenwärtig ist der Harn wieder ganz klar. Die mikroskopische Untersuchung der Fetzen ergab eine carcinomatöse Neubildung. Ref. macht besonders auf das Factum des Verschwindens der Samenabsonderung aufmerksam und denkt dabei an die Möglichkeit einer Affection der Samendrüsen. Dr. Tiling meint, dass ein Hinderniss in der Gegend des caput gallinaginis eher die Ejaculation des Samens zu verhindern geeignet erscheine.

2. Dr. Masing berichtet über die Krankengeschichte einer Patientin, die er erst seit Kurzem in seiner Beobachtung hatte. Es handelt sich um eine 73jährige Frau aus einer Familie, wo Krebs schon vorgekommen war. Die Dame hatte sich bis in ihr hohes Alter einer vorzüglichen Gesundheit erfreut. Im Sommer 1890 noch war sie vollständig gesund. Da stellte sich im Mai 1891 zunächst Appetitverlust ein. Ein Sommeraufenthalt im finnländischen Badeort Hangö machte sie zwar blühend, aber mit wirklichem Appetit gegessen hat sie seitdem doch nicht. Da that sie am 5. October einen schweren Fall vom Stuhle herab aufs Gesäss, worauf sich hochgradiger Icterus einstellte. Die homöopathische Behandlung, welcher sie bis dahin ausschliesslich gehuldigt hatte, erwies sich als vergeblich. Dr. Masing, welcher seit Ende November von der Dame zur Behandlung hinzugezogen worden, fand eine sehr reducirte Frau; es herrschte ausgesprochene Schlafsucht. Zwei mal war erbrochen worden, die Stühle farblos. Es hatte sich unerträgliches Jucken der Haut eingestellt, welche schmutzig graugelb gefärbt war und Haemorrhagien bis zu Silberrubelgrösse darbot. Der Urin war sehr dunkel, enthielt kein Eiweiss und Zucker, dagegen viel Gallenfarbenstoffe und Gallensäuren. Die Nieren also gesund. Desgleichen erwiesen sich bei der Untersuchung auch Herz und Lungen gesund. Die Leber, welche nicht gross war, nur etwas hervorragend, wies jedoch einen unebenen Rand auf, an welchem sich scheinbar kleine Knoten durchfühlen liessen. Da nirgends im Unterleibe sich ein abgrenzbarer Tumor durchpalpiren liess, nahm M. einen Krebs an der unteren Fläche der Leber an und verordnete gegen die Darmerscheinungen des Morgens 1 Glas warmen Mühlbrunnens, welcher der Pat. sehr gut that. Der zur Consultation hinzugezogene College Dr. Berthenson sprach sich jedoch namentlich im Hinblicke auf die Hautfärbung mit ziemlicher Bestimmtheit für Pankreaskrebs aus, obgleich keine Cardialgien, keine Fettstühle, kein Zucker im Urin vorhanden, welche 3 Momente allgemein, z. B. auch von Zencker zur Diagnose eines Pankreaskrebses verlangt werden. — Es kam später zu Blutungen aus dem Mastdarme, ja zu unstillbaren Blutungen aus dem rechten Ohre und starb Pat. an Entkräftung. Die von Dr. Masing ausgeführte Section der Bauchhöhle ergab trübe Ascitesflüssigkeit und eine höckerige cirrhotische Leber, deren Gallenblase einen haselnussgrossen Stein, aber keine Galle enthielt. Im Pankreaskopf fand sich ein derbes Carcinom (nach der von Dr. Westphalen ausgeführten Untersuchung Cylindercellenepitheliom) von über Wallnussgrösse. Nirgends im Unterleibe Metastasen.

Dr. Kernig, welcher die Pat. Anfang November gesehen hatte, als sie 4 Wochen icterisch war, hatte sich schon damals mit einem interimistisch behandelnden Collegen dahin geneigt, dass wahrscheinlich entweder Pancreaskrebs oder Krebs der Gallengänge vorliege. In einem anderen in dieser Wochenschrift veröffentlichten Falle konnte er schon bei Lebzeiten den Pankreaskrebs mit Sicherheit diagnosticiren, da der Tumor sich deutlich von der Leber abgrenzen liess.

Sitzung am 10. Februar 1892.

1. Dr. Masing theilt die Krankheitsgeschichte des verstorbenen Dr. W. J..... mit: Der Vater starb an Carbunkel des Rückens in vorgerückten Jahren, die Mutter sehr alt an Hemiplegie nach einem apoplectischen Insult. 2 Schwestern starben an Lungentuberculose und ein Bruder an Krebs der rechten Nebenniere und Leber. Er selbst früher immer von bester Gesundheit. Während seiner Reisen in Centralafrika sehr oft an Malaria gelitten, wogegen aber Chinin immer sehr prompt half; dann litt er monatelang an Unterschenkelgeschwüren, wie sie auch in Afrika endemisch sind. Nach seiner Rückkehr nach Europa vor 4 Jahren constatirte Dr. Amburger eine ausserordentliche Vergrösserung und Verhärtung der Milz und Leber in Folge der Malaria. Die letzten 4 Jahre hat er in Wien sich nicht behandeln lassen, hat eine sehr sitzende Lebensweise geführt, aber doch nur an Stuhlbeschwerden gelitten. Im October 1891 kam er nach Petersburg. Ende November liess er sich von Dr Masing untersuchen: Vortrefflicher Ernährungszustand, reichliche feste Muskulatur, starkes Fettpolster, brünetter Teint der Haut, ausserordentlich reichlicher Haarwuchs. Herzcontractionen etwas matt, Grenzen normal, Töne an der Spitze rein, am l. Sternalrande ein schwaches systolisches Geräusch. Die Milz hart, mit der unteren Spitze bis fast zum Nabel reichend, Oberfläche glatt. Leber hart, unterer Rand stumpf, Oberfläche glatt, keine Druckempfindlichkeit. Urin normal.

Anfang December erkrankte er an Influenza, vorzüglich ausgesprochen in Neuralgien des Nackens, Rückens, Schmerzen bei Bewegungen der Augäpfel etc. Das Fieber war ganz unregelmässig, ab und zu mit Frösteln bis 39°, meist Abends subfebril und Morgens normal. Kein Husten, keine Kopfschmerzen. Malaria war es nicht, es fanden sich keine Plasmodien im Blute und Chinin war ohne Einfluss auf das Fieber. Intercurrent schwoll die rechte Submaxillar-Speicheldrüse zu einem hühnereigrossen Tumor an, bis aus dem Ductus Whartonianus ein 1½ Cm. langer wurstförmiger Speichelstein entfernt wurde. Da fiel die Geschwulst, ohne ganz zu vergehen, ja später schwoll auch die linke Submaxillardrüse ohne nachweisbare Verlegung des Ausführungsganges. Mitte December war Pat. zum letzten Mal ausgefahren. Eine ausserordentlich heftige Lumbago trat auf und blieb sehr hartnäckig bestehen mit schwankender Intensität bis zum Tode. Kurz vor Weihnachten markirte sich eine spurenhafte Andeutung von Exophthalmus linkerseits, der stetig zunahm und später machte Pat. selbst darauf aufmerksam, dass seine linke Schläfe von einer flachen Geschwulst eingenommen sei. Auch hatte er erst Parästhesien, später Anaesthesien mit ab und zu durchzuckenden Schmerzen im Gebiete des II. rechten Trigeminusastes. Schlaf schlecht, Appetit und Stuhl gut. Die Abmagerung beginnt sehr deutlich zu werden. Die Leber scheint im Umfange kleiner und härter zu werden, kein Ascites, nirgends Oedeme.

Am 6. Januar 92 constatirte Dr. Schroeder auf dem linken vorgetriebenen Auge starke Abnahme des Sehvermögens und Diplopie beim Sehen nach oben und nach rechts. Am 10. ist das Sehvermögen auf $^{2}/_{10}$ gesunken. Augenspiegelbefund negativ. Zwischen Bulbus und äusserem, oberen Orbitalrande die weiche Kuppe einer Geschwulst palpirbar, die in Fluctuationszusammenhang mit der Geschwulst unter dem linken musculus temporalis steht — Abscess oder weiche Neubildung? Eine Punction (Prof. Tiling) der Geschwülste giebt nur Blut und zwar verhältnissmässig viel Blut. Es wird Pulsation sowohl an diesen Geschwülsten, als auch an einer neuentdeckten bohnengrossen in der rechten Schläfe gefunden, ja selbst der ganze linke Bulbus giebt mit dem Radialpulse isochrone Pulsation. Eine Consultation am 12. Januar mit Dr. Magawly, Schroeder, Amburger und Tiling fixirt die Diagnose mit grosser Wahrscheinlichkeit auf Angiosarkom der l. Orbita mit Fortsetzung durch die Fissura infraorbitalis in die l. Schläfengrube und Metastase in der r. Schläfe. Das Sehvermögen rechts gut. Gehör auf beiden Ohren intact, ebenso Geruch und Geschmack. Der r. Facialis scheint etwas paretisch. Parästhesien jetzt auch im III. linken Trigeminusaste-Metastasen im Schädelinnern werden wahrscheinlich, auf solche wohl auch die starken Schmerzen im Nacken und

Rücken zu beziehen. Die wiederholte Frage nach Kopfschmerz wird immer verneint; Schwere im Kopfe («er ist nicht frei») wird zugegeben und auf die Schlaflosigkeit bezogen, aber kein Schmerz. Am 16. Januar wird Ascites deutlich, der rasch zunimmt. Dabei bietet die Untersuchung des Unterleibes Symptome, die abweichend vom gewöhnlichen Ascites bei Lebercirrhose sind, so dass sich bei allen behandelnden Aerzten die Ueberzeugung bildet, dass die primäre Neubildung (Carcinom oder Sarcom) in einem Organe des Unterleibes entstanden, und auch der Orbitaltumor schon ein secundärer sei. Unterdessen waren am Hinterkopfe noch 2 erbsengrosse Geschwülste unter der behaarten Kopfhaut entstanden, die auch pulsirten. Auch die immer noch bestehenden schweren Neuralgien im Nacken und Kreuz (zuweilen Vertaubung begrenzter Abschnitte der Oberschenkel) konnten von Metastasen in den Knochen des Schädels oder der Wirbelsäule abhängen. Die Ueberzeugung, dass dieser Zusammenhang bestehe, wurde noch besonders bei denjenigen Aerzten, die auch den an Nebennieren — und Leberkrebs verstorbenen Bruder behandelt hatten (Dr. Kernig), bestärkt durch die vielfachen Analogien zwischen beiden Krankheiten.

Der zunehmende Ascites (Leibesumfang 118 Cm., Hochstand des Zwerchfelles bis zur 3. Rippe rechts vorn) brachte grosse Beschwerden. Die meisten Klagen bezogen sich auf Schmerzen im Epigastrium und auf die alten Schmerzen im Nacken und dem hinteren Theil des Halses und im Kreuze. Kopfschmerzen waren nicht da. Vom 26. Januar ab trat oft längere Zeit bestehende Unbesinnlichkeit auf. In der Nacht auf den 30. Januar sprach Pat. zum letzten Mal zusammenhängend. Dann trat soporöser Zustand ein und am 1. Februar früh 11 Uhr erfolgte der Tod. (Autorreferat).

Dr. de la Croix berichtet über die von ihm in Gegenwart fast aller genannten behandelnden Aerzte am folgenden Morgen ausgeführte Section: Leiche eines kräftig gebauten Mannes von leicht gebräunter Hautfärbung. Oedem namentlich der unteren Extremitäten. Reichliches Fettpolster. Der Unterleib stark vorgewölbt. Bauchhöhle enthält 9 Liter einer leicht getrübten blass gelblich gefärbten Flüssigkeit, welche an der Luft rasch gerinnt. In der rechten Pleurahöhle einige Unzen eines gleichen Transsudates. Lungen oedematös. Herz kaum vergrössert. Die serösen Ueberzüge, sowie der Klappenapparat normal. Hochgradige atheromatöse Degeneration der Aorta im ganzen Verlaufe derselben mit unzähligen Ulcerationen, jedoch ohne Verkalkungen und ohne wesentliche Dilatation derselben. Kehlkopf. Luft und Speiseröhre normal. Milz stark vergrössert. Kapsel in grösserer Ausdehnung beträchtlich verdickt mit narbigen Einziehungen an der Vorderfläche. Gewebe dunkelbraunroth gefärbt, von derber Consistenz. mit erheblicher Verdickung der Trabekeln. Leber 28, 15½, 17 und 11 Cm. Oberfläche hochgradig höckerig infolge einer Unzahl von blassröthlich gefärbten Geschwulstknoten von kaum über Erbsengrösse, welche gleichfalls das ganze Innere des Organes einnehmen und nur schmale Züge von Lebergewebe zwischen sich lassen, das eine geringgradige Hyperplasie des Bindegewebes aufweist. In der Nähe des Lig. suspensorium befindet sich auf der Oberfläche des rechten Lappens eine grubige flache Einsenkung von fast Handtellergrösse, über welcher die Kapsel verdickt erscheint, ohne jedoch strahliges Narbengewebe aufzuweisen. Die Nieren nicht vergrössert. Kapseln leicht trennbar. Oberflächen glatt. Das Gewebe bietet nichts Abnormes dar. Dagegen lassen sich die Nieren, namentlich die rechte, nur schwer aus der Bauchhöhle entfernen, da das sie umgebende sowie überhaupt das gesammte retroperitoneale Zellgewebe hochgradig verdickt und ziemlich derbe infiltrirt erscheint, wobei es auf den Schnittflächen in grösserer Zahl geschwellte lymphdrüsenähnliche Gebilde bis 8 Mm. Länge von ovaler Form, blassröthlicher Färbung und fleischiger Consistenz aufweist. Diese Verdickung und Infiltration setzt sich auch auf das Mesenterium fort, so dass die Radix mesenterii auf der Schnittfläche eine Dicke von 6 Cm. erreicht. Die rechte Nebenniere besteht nur aus der Rindensubstanz, indem sich an Stelle der Marksubstanz ein flacher, mit spärlichen gelbbräunlich gefärbten, bröckelig weichen Massen erfüllter Hohlraum vorfand. Von der linken Nebenniere liessen sich trotz längeren Suchens überhaupt keine Spuren auffinden. Harnblase und Pankreas normal. Magen mässig dilatirt. Der Darmkanal wurde nicht eröffnet.

Der Schädel verhältnissmässig hoch zu seinen übrigen Massen. Sein Umfang 53 Cm., seine Länge 18½ Cm., die grösste Breite 14 Cm. Das mässig verdickte Schädeldach löst sich nur schwer von der Dura, auf deren äusserer Fläche sich gegen 12 flache Geschwulstknoten von blassgrauer Färbung und der Grösse und Form eines perlmutternen Rockknopfes finden, mit dem sie auch fast den schillernden Glanz theilen. Einer dieser Knoten in der Gegend des vorderen unteren Winkels des rechten Scheitelbeines hat das Schädeldach durch Usur perforirt und tritt an der Aussenfläche des Schädels knopfförmig hervor. Die Dura mässig verdickt, stellweise mit dem Schädel verwachsen, namentlich entsprechend der vorderen und mittleren Schädelgrube, woselbst sie hauptsächlich an den Durchtrittsstellen der Trigeminusäste und des Facialis linkerseits Verdickungen der Nervenscheiden bildet. Das Gehirn bietet ausser Oedem und mässiger Anämie nichts Besonderes dar. Nach Abmeisselung des Daches der linken Augenhöhle findet sich der Bulbus mit sammt dem umhüllenden Fettgewebe sonst unversehrt, jedoch nach innen und oben gedrängt durch einen die äussere Hälfte der Augenhöhle einnehmenden Tumor von etwa Wallnussgrösse, welcher die untere Fläche des Augenhöhlendaches usurirt hat und nach Zerstörung eines Theiles der Augenhöhlenplatte des Jochbeines an dem hinteren Rande des letzteren unter dem Schläfenmuskel zu Tage tritt.

Wie die mikroskopische Untersuchung der von Dr. Tiling angefertigten Schnittpräparate, welche dem Vereine demonstrirt werden, ergiebt, handelt es sich in allen diesen verschiedenen Geschwulstknoten um ein an Capillargefässen sehr reiches Sarkom von ziemlich grossen Rundzellen mit bläschenförmigem Kerne, von welchem sich auch das retroperitoneale Zellgewebe vollständig und die in demselben befindlichen Lymphdrüsen herdweise durchsetzt erweisen. Dr. de la Croix glaubt den primären Sitz der Geschwulst in das retroperitoneale Zellgewebe verlegen zu müssen, da ein Vetter des Verstorbenen an einer ähnlichen Geschwulst des Mediastinum (Sarkoma myxomatodes) zu Grunde ging (siehe diese Wochenschrift 1891, p. 275). Alle übrigen Geschwulstknoten in der Leber, auf der Dura und an dem Periost der Augenhöhle sieht er als Metastasen an. Ob die Geschwulst des retroperitonealen Zellgewebes vielleicht von der linken Nebenniere ihren Ausgang genommen, so dass letztere ganz in die Geschwulstmasse aufgegangen, darüber lässt sich nicht einmal eine Vermuthung aussprechen, da von derselben eben überhaupt keine Spuren aufzufinden waren. Dagegen scheint jedoch zu sprechen, dass die Geschwulst auf der rechten Seite des Unterleibes stärker entwickelt war. Den Befund an der rechten Nebenniere glaubt Dr. de la Croix durch Erweichung der Marksubstanz infolge von Druckatrophie, hervorgerufen durch den umgebenden Tumor des Zellgewebes erklären zu müssen.

2. Dr. Bidder stellt ein Präparat von dem seltenen Sitze eines Carcinoms im Uteruskörper vor. Von 100 Carcinomen des Uterus betreffen etwa 3 das Corpus, alle übrigen den Cervix. Es handelt sich um eine 46 Jahre alte Frau, welche 7 Mal geboren, seit 18 Jahren Wittwe ist und seit etwa 1½ Jahren an Blutungen aus den inneren Geschlechtsorganen leidet. Im Sommer 1891 war von einem Collegen die Abrasio oberflächlich ausgeführt worden ohne Besserung zu erzielen, da es immer weiter blutete. Ende Januar 1892, als es schon einen Monat stärker geblutet hatte, wurde die Patientin von Dr. B. untersucht, welcher den Uterus vergrössert und das rechte Ligamentum latum weniger nachgiebig fand als links. Die Schleimhaut der Scheide und der Vaginalportion völlig gesund. Die Cervix wurde dilatirt, so dass der Finger bequem in die Uterushöhle gelangte, woselbst sich zottige Massen vorfanden. Die mikroskopische Untersuchung eines hervorgeholten Stückchens ergab Adenocarcinom. Infolge dessen wurde am 1. Februar von Dr. B. zur Totalexstirpation des Uterus geschritten. Es wurde die Cervix umschnitten, das hintere Scheidengewölbe eröffnet, die Ligg. lata unterbunden. Mit Ausnahme von zwei ganz geringen Temperaturerhöhungen ist der Wundverlauf ausgezeichnet. Patientin fühlt sich wie eine Wöchnerin. Das vorgewiesene Präparat zeigt den ganzen Fundus uteri von polypösen Massen erfüllt. Daneben finden sich einige Myome in den Uteruswandungen.

3. Dr. Amburger hat einen Krankheitsfall beobachtet, welcher ihn an das in Frankreich noch immer unter dem Namen der acuten Aortitis existirende Krankheitsbild erinnert (in extenso veröffentlicht in Nr. 26 dieser Wochenschrift).

Dr. Moritz wendet gegen die von Dr. Amburger angeführte Ansicht Huchard's, dass in diesen Fällen die Aorta acut dilatirt werde durch Erschlaffung ihrer Wandungen, ein, dass man in diesem Falle auch die Aorta über dem Iugulum fühlen müsste. Dr. Kernig glaubt, man könne sich dieses Krankheitsbild auch durch vasomotorische Störungen erklären, indem ein solches Trauma auch direct die Ganglien im Anfangstheil der Aorta verletzen und so paretische Zustände der Gefässconstrictoren hervorrufen könnte. Dr. Selenkow denkt an ein traumatisches Blutextravasat in der Aortenwandung, welches am ehesten die anfangs beobachtete Verbreiterung der Aortendämpfung erklären und welches später resorbirt worden sein konnte. Dr. Tiling möchte einen entzündlichen Ursprung der Krankheit nicht ganz von der Hand weisen. Die Fragen der acuten und chronischen Atheromatosis und der Ligaturverwachsung gehörten eng zu einander. Es seien das alles Erscheinungen der Entzündung der Gefässe. Er erinnert sich eines ähnlichen Falles von localer Entzündung einer grossen Arterie. Eine bejahrte Dame, die nach der Operation eines Brustkrebses gestorben war, soll 4 Jahre vorher aus dem Schlitten geworfen und eine längere Strecke am rechten Beine geschleift worden sein. Bei der in Gemeinschaft mit Dr. de la Croix ausgeführten Section fand sich Atheromatosis, welche auf die rechte Arteria femoralis beschränkt war.

D. z. Director: Dr. v. Lingen.
Secretär: Dr. Jalan de la Croix.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Hughes bezeichnet das Benzosol als passenden Ersatz für Kreosot. Von 17 Phthisikern, bei welchen Benzosol zur Anwenduug kam, nahmen 14 im Laufe eines Monats um durchschnittlich 2,2 kgr. zu. Bei fiebernden Phthisikern vermeidet er das Benzosol. Er verschreibt es in folgender Form: Benzosol 5,0, Ol. menth. pip. 0,1, f. Trochisci XX 3 Mal täglich 1—2 Pastillen nach den Mahlzeiten.

(Deutsche medic. Wochenschr. Nr. 53, 1891).

— Als die einfachste Methode bei verschiedenen Formen der Wassersucht grössere Flüssigkeitsmengen zu entleeren, empfiehlt Gerhardt Einstiche in das Unterhautbindegewebe. Der Kranke wird in einen Lehnstuhl gesetzt, hält die Beine ausgestreckt auf einem Brette über einem hölzernen Gefässe. Die Unterschenkel werden mit Seife gebürstet, mit Sublimatlösung abgewaschen. An jeder Vorderseitenfläche des Unterschenkels werden mit einem gut desinficirten Messer 4—8 Stiche durch die Haut angebracht. Sofort werden dann die Unterschenkel in Gaze, dann in dicke Lagen sterilisirter Watte recht dicht eingewickelt. So oft die Watte durchnässt, 1—2 Mal am Tage, wird sie von sorgfältig gereinigten Händen rasch gewechselt. In vielen Fällen konnte man auf der Gerhardt'schen Klinik mit Hilfe dieser Methode 2,000—6,000 Ccm. in einem Tage auffangen.

(Deutsche medic. Wochenschr. Nr. 7).

Vermischtes.

— Der Präsident des Veterinär-Comités und berathendes Mitglied des Medicinalraths, wirkl. Staatsrath Dr. Jerusalimski, ist auf sein Ansuchen wegen Krankheit verabschiedet worden.

— Die medicinische Facultät der Universität Jena hat dem Geheimrath Paul v. Ritter in St. Petersburg in Anerkennung seiner Verdienste auf dem Gebiete der Naturwissenschaften und insbesondere für seine Leistungen auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege die medicinische Doctorwürde honoris causa verliehen. Von der philosophischen Facultät der genannten Universität, um welche v. Ritter sich durch hochherzige Zuwendungen für naturwissenschaftliche Zwecke sehr verdient gemacht hat, ist er bereits früher zum Ehrendoctor ernannt worden.

— Der Director des Medicinaldepartements, wirkl. Staatsrath Dr. Ragosin, hat sich am 7. Juli in Dienstangelegenheiten in den Kaukasus begeben.

— Mit der Stellvertretung des in's Ausland beurlaubten Präsidenten des Medicinalraths, Prof. Dr. Paschutin ist das beständige Mitglied des Medicinalraths, Ober-Medicinalinspector der Flotte, Geh.-Rath Dr. Kudrin betraut worden.

— Ernannt: der Privatdocent der Kasanschen Universität Dr. Obraszow — zum ausserordentlichen Professor für Dermatologie und Syphilis an der Universität Tomsk. — Zu Militär-Medicinalinspectoren: des Moskauer Militär-Bezirks Geheimrath Dr. Schulz; des Odessaer Bezirks — wirklicher Staatsrath Dr. Sauszinski und des Amur-Militär-Bezirks, wirkl. Staatsrath Dr. Radakow.

— Der Professor der Physiologie an der Warschauer Universität, wirkl. Staatsrath Dr. Nawrozki, ist nach Ausdienung der 25jährigen Dienstfrist auf weitere fünf Jahre im Dienst belassen worden.

— Verstorben: 1) In Kasan der Professor der Pharmacie und Pharmakognosie an der dortigen Universität, wirklicher Staatsrath Dr. Valerian Podwyssozki im 70. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus dem Kiewschen Gouvernement und hatte von 1840—1844 in Kiew und Charkow Jurisprudenz studirt. Als Candidat juris bekleidete er sodann verschiedene Posten am Kameralhof und in der Cancellei des Curators in Charkow, war darauf Mitglied des Tschernigowschen Comités für bäuerliche Angelegenheiten und Landwirth. In seinem 50. Lebensjahre siedelte er nach Dorpat über, wo er sich von 1872—78 dem Studium der Medicin widmete. Nach Erlangung der Doctorwürde war er Assistent am pharmakologischen Instituts und von 1879 an Privatdocent an der Universität Dorpat, bis er im Jahre 1885 als ordentlicher Professor der Pharmacie und Pharmakognosie nach Kasan berufen wurde, wo er bis zu seinem Lebensende docirte. Der Verstorbene ist vielfach literärisch thätig gewesen; die Wissenschaft verdankt ihm namentlich eine ganze Reihe werthvoller pharmakologischer und chemischer Untersuchungen, so z. B. des Emetins, Podophyllins u. a. Ausser seiner Doctor-Dissertation («Anatomische Untersuchungen» über die Zungendrüsen der Menschen und Säugethiere») hat P. seine Vorlesungen über Pharmakognosie und zahlreiche Aufsätze in medicinischen Fachblättern veröffentlicht. 2) Am 1. April der Fabrikarzt im Kamyschlowschen Kreise Franz Missuno im 68. Lebensjahre am Flecktyphus. 3) Im Flecken Tumanowo der Landschaftsarzt Wl. Maltschenko im 28. Lebensjahre. Der Verstorbene hat seine Wittwe mit einem Kinde ganz mittellos hinterlassen. 4) Im Kirchdorf Ussolje (Gouv. Perm) der Fabrikarzt Th. Ardaschew im 32. Lebensjahre am Flecktyphus. 5) Am 13. Juli n. St. Dr. Philipp Markbreiter, einer der geachtetsten Aerzte Wiens, im Alter von 83. Jahren. Der Dahingeschiedene war in früheren Jahren literärisch und als Begründer der «Wiener Medicinal-Halle», der späteren «Wiener medicinischen Presse» auch journalistisch thätig.

— In Berlin hat am 13. Juli n. St. der bekannte Anatom Prof. Dr. Robert Hartmann sein 25jähriges Professor-Jubiläum begangen. Ebendaselbst hat vor Kurzem auch der berühmte Pädiater, Prof. Ed. Henoch, Director der Klinik für Kinderkrankheiten in der Charité, sein 25jähriges Doctor-Jubiläum gefeiert.

— Prof. Alexander Poehl hat die Concession zur Herausgabe einer Zeitschrift für medicinische Chemie und Pharmacie (Журналъ медицинской химіи и фармаціи) in russischer Sprache erhalten. Die Zeitschrift wird 4 Mal jährlich erscheinen und Originalarbeiten, Referate, Neuigkeiten aus der med. Chemie und Pharmacie, Sitzungsberichte gelehrter Gesellschaften des In- und Auslandes, Auszüge und Besprechungen von neuen Werken, sowie Bekanntmachungen bringen. Der Preis beträgt 2 Rbl. 50 Kop. jährlich. Die Redaction ist in Händen des Dr. N. P. Iwanow (früher Mitredacteur des Wojenno-medizinski Journal) und des Herausgebers.

— Am 7. Juni fand im hiesigen städtischen Barackenlazareth die Grundsteinlegung für eine zur Sortirung der Kranken bestimmte Baracke statt, welche von dem Kapital, das die Generalswittwe Arischtschenko der Stadt vermacht hat, erbaut wird.

— Die japanesischen Aerzte haben beschlossen, dem Entdecker der Kuhpockenimpfung Dr. Jenner ein Denkmal in Japan zu errichten.

— Die Pariser Stadtverwaltung hat beschlossen, das bekannte Pariser «Hôpital Lourcine» in «Hopital Broca» zu Ehren des verstorbenen grossen Chirurgen und Anthropologen Broca umzubenennen.

— Die Choleraepidemie macht immer weitere Fortschritte. Zu den von uns in den letzten Berichten erwähnten von der Cholera heimgesuchten Wolga-Städten sind jetzt noch Simbirsk und Kasan, sowie mehrere kleinere Städte im Kasan'schen Gouvernement hinzugekommen. Auch im Nordwesten des Kaukasus, nämlich in Rostow a./Don, im Rostow'schen Bezirk, sowie in Asow ist die Cholera in den letzten Tagen des Juni-Monats aufgetaucht und hat bereits mehrere hundert Opfer gefordert. Von dort ist sie bereits längs der Woronesh-Rostower Eisenbahnlinie nordwärts bis zur Stadt Woronesh vorgedrungen. In Woronesh erkrankten vom 2.—6. Juli 4 und starben 2; in derselben Zeit wurden auf den Stationen der Woronesh-Rostower Eisenbahn 34 Erkrankungen und 20 Todesfälle constatirt. In allen übrigen von der Seuche ergriffenen Ortschaften herrscht die Seuche in ungeschwächter Weise fort, am ärgsten in Astrachan.

Bei den in Ssaratow stattgehabten Ausschreitungen des Pöbels haben vorzugsweise die Hospitäler und Aerzte gelitten. Es sind die Wohnungen der dortigen Aerzte Steinberg, Kondratjew, Tipjakow, Bonwetsch, Beljawski, Rosenthal und Almasow demolirt, und 2 Apotheken vollständig vernichtet worden, bis das mittlerweile eingetroffene bewaffnete Militär weiteren Zerstörungen Einhalt that.

— Mittelst Allerhöchsten Befehls ist vom 4. Juli ab die zollfreie Einfuhr von Desinfectionsmitteln gestattet, falls dieselben von Regierungs- und Communal-Institutionen aus dem Auslande verschrieben werden, um von ihnen an Privatpersonen im Detailverkauf zu unmittelbarem Gebrauch, nicht zum Weiterverkauf, abgelassen zu werden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 5. Juli d. J. 5432 (27 weniger als in der Vorwoche), darunter 267 Typhus — (61 weniger), 573 Syphilis — (21 weniger), 28 Scharlach — (2 weniger), 9 Diphtherie — (4 weniger), 65 Masern — (20 weniger) und 11 Pockenkranke (1 weniger als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Im Kreise Bugulma (Gouv. Ssamara) sind zwei Landschaftsarztstellen unbesetzt. Gehalt 1180 Rbl. jährlich bei freien Amtsfahrten. Die Meldung geschieht bei der «Бугульминская Земская Управа».

2) Es wird ein Arzt für die Sudogdasche Landschaft (Gouv. Wladimir) gesucht. Gehalt 1000 Rbl. jährlich. Wohnsitz in der Stadt Sudogda. Nähere Auskünfte ertheilt die «Судогодская Уѣздная Земская Управа».

3) Von der Verwaltung der Gesellschaft der Wladikawkas-Eisenbahn werden zum Dienst auf der Eisenbahnlinie während der Epidemie 4 Aerzte und 4 Studenten der

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER **Neue Folge IX. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Liteiny Prospect, № 55, Qu. 13 zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 29 St. Petersburg, 18. (30.) Juli **1892**

Vierter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der vierte Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte findet in **Wenden** statt und währt vom **14.—16. September** d. Jahres.

Vorträge, deren Dauer die Zeit von 15 Minuten nicht überschreiten darf, werden die Herren Aerzte ersucht, unter genauer Angabe des Themas und kurzer Wiedergabe des Inhalts baldmöglichst, spätestens aber bis zum 1. August c. bei Unterzeichnetem anzumelden.

Im Namen des Vorstandes:
d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Fellin.

Aus dem St. Petersburger Deutschen Alexander-Männer-Hospital.

Casuistische Mittheilungen

von

Dr. H. Westphalen
Prosector.

III. Zur Symptomatologie der fibrösen Mediastinitis*)
(adhaesive Perikarditis etc.).

M. H.! Die Krankengeschichte, welche ich die Ehre habe Ihnen mitzutheilen, betrifft einen Pat., welcher mit kurzen Unterbrechungen vom Sommer 1889 bis zum April 1892 im Alexander-Hospital behandelt worden ist. Abgesehen von dieser langen Beobachtungsdauer interessiren uns hier hauptsächlich die schwierige Diagnose, welche schliesslich bei der Section bestätigt wurde, sowie namentlich auch einige Fragen aus dem Gebiete der physikalischen Diagnostik, welche in den Lehrbüchern theils garnicht, theils nur ganz nebenbei berührt werden.

Der Pat., um den es sich hier handelt, ist im Ganzen 15 Mal im Alexander-Hospital stationär behandelt worden und hat sich abwechselnd auf der Abtheilung von Dr. Höhlein, Dr. Knüpffer, Dr. Laksche witz befunden, hat jedoch am längsten bei mir in Beobachtung gestanden. Die Behandlung wurde vom Oberarzt Herrn Dr. Moritz geleitet.

Friedrich Hollai 50 a. n. Buchbinder, trat zum ersten Male in das Hospital am 17. Juni 1889.

Bei seiner Aufnahme machte er die Angabe, dass er schon seit längerer Zeit an Asthma leide. Dasselbe sei aber momentan ganz besonders hochgradig geworden.

Da bei einer allerdings nur flüchtig ausgeführten Untersuchung am Herzen keinerlei pathol. Befund constatirt werden konnte, Pat. bei tiefem Stande der Lungenränder nach Art eines Asthmatikers athmete, auscultatorisch über beiden Lungen verbreitetes kleinblasiges Rasseln neben Pfeifen und Giemen gehört wurde, so lautete die Aufnahmediagnose: Asthma bronchiale; wegen bestehender Diarrhoe wurde eine acute Colitis angenommen.

Darauf hin wurde Tct. Stramonii
Tct. Opii simpl.
Liqu. Ammon. anisat. ãã
$4 \times$ t. 15 Tropfen ordinirt.

Es trat darauf Nachlass der asthmatischen Beschwerden ein, während gleichzeitig die Application einer Compresse auf den Leib ein Aufhören der Diarrhoen bewirkte.

Nach einigen Tagen wieder Asthma.

Am 4. Juli wird folgender Status notirt:

Schmächtig gebauter Mann, Skelett kräftig. Panniculus adiposus schwach entwickelt. Keine Cyanose, leichtes Oedem der unteren Extremitäten. Klagen über anfallsweise Dyspnoe, welche in rein asthmatischer Form mit Zuhilfenahme aller inspiratorischen Hilfsmuskeln bewerkstelligt wird.

Respirations-Org.: Lungen leicht gebläht (hintere Lungengrenze in der Maml. an der 6., in der Axill. an der 8. in d. Scapl. an der 11. Rippe). Auscultatorisch über den Lungen verschärftes Inspirium, Giemen, feinblasiges Rasseln, welches namentlich an der linken Herzgrenze besonders zahlreich und crepitirend erscheint. Sputum glasig schleimig, enthält Curschmann'sche Spiralen, reichliche sog. desquamirte pigmentirte Lungenalveolarepithelien; niemals wurden, auch später nicht, Leyden'sche Krystalle und Tuberkelbacillen gefunden.

Circul. Organe: Herzshok nicht bestimmbar, relative Dämpfung überragt nach rechts den r. St. R. und nach links die linke Maml. grenzt nach oben an die 3. Rippe an. Die absol. Dämpfung begrenzt sich nach oben durch den 3. JCR., nach links überschreitet sie etwas die linke Maml. und nach rechts geht dieselbe fast bis an die Mitte des Sternum heran. Auscultatorisch reine ziemlich laute Töne. Andeutung von Spaltung des einen Tones oder Galopprhythmus (?)

---

*) Vortrag, gehalten den 12. Mai 1892 im allgem. Verein St. Petersburger Aerzte.

Puls 112. Arterien leer. Pulswelle auffallend niedrig. Temporalarterien leicht geschlängelt.

Die Leber vergrössert, ihr Rand 2—3 QF. unter dem Rippenbogen. Ihre Oberfläche anscheinend glatt, nicht besonders hart. Das Organ druckempfindlich.

Milz vergrössert, undeutlich palpabel, Harnapparat normal. Temp. normal.

Ord.: Kalii jodat. 10,0 : 200,0 3st. 1 Essl.

5. Juli. Asthma besteht fort.

6. Juli. In der linken Axillarregion und dem Traube'schen Raum ist eine pleuritische Dämpfung aufgetreten, welche nach links hin in die Herzdämpfung übergeht. Das kleinblasige Rasseln verschwunden.

Ther. ead., ausserdem Empl. Canth.

7. Juli. Asthmat. Beschwerden wieder stärker.

10. Juli. Das pleuritische Exsudat verschwunden. Der Percussionsschall hat sich aufgehellt, es wird wieder deutliches Crepitiren gehört. Pat. fühlt sich so wohl, dass er um seine Entlassung aus dem Hospital bittet. Die Entlassungsdiagnose lautete: Nunmehr abgelaufene Pleuritis, welche mit einer fibrinösen Exsudation in der Gegend der linken Herzgrenze begonnen hatte, rasch eine seröse Exsudation bewirkte, die nunmehr unter dem Einflusse des Blasenpflasters gewichen ist. Dehnung des Herzens (?) cardial-asthmatische Anfälle. Insufficienz des Herzmuskels mit Stauungsoedem, Stauungsleber und Stauungsmilz. Wir waren uns bewusst, dass diese Diagnose lückenhaft war und nicht Alles erklärte. Für die Annahme einer Perikarditis waren zu wenig Anhaltspunkte gegeben. Eine Woche nach seiner Entlassung am 17. Juni trat Pat. wieder ein. Trotz des Gebrauches von Jodkali war das Asthma wiedergekehrt.

Am Herzen derselbe Befund. Configuration der Dämpfung unverändert. Herzshok nicht fühlbar. Töne laut, über der Herzspitze gespalten.

Auch über den Lungen derselbe Befund, namentlich auch Crepitiren links neben dem Herzen. Ausserdem machte sich aber nunmehr L.H.U. über der Lunge deutlich abgeschwächtes Athmen bemerkbar. Die Leber vergrössert druckempfindlich.

Ord. Stramoniumtropfen. Jodkali.

19. Ueber der Herzspitze wird ein postsystol. Geräusch gehört und von Dr. Moritz die Vermuthung aufgestellt, ob dasselbe nicht perikardialer Natur sei.

Ther. ead., Empl. Canth. auf die Herzgegend.

20. Asthma geschwunden.

28. Im Grossen und Ganzen derselbe Befund, wie am 17. Juli. Nur ist nunmehr der Spitzenstoss des Herzens im III., IV. und V. JCR., am deutlichsten in der Maml. im IV. JCR. fühlbar geworden. Herztöne rein, gespalten. Accent auf dem 2. Pulmonalton. Ueber der Lunge ohne Dämpfung L.H.U. abgeschwächtes Athmen neben reichlichen kleinblasigen Rasselgeräuschen, welche links neben dem Herzen fast consonirend erscheinen. In der Reg. interscapul. sin. stark verschärftes Vesiculärathmen. Vocal- und Pectoralfremitus beiderseits gleich beschaffen. Leber geschwellt, leichte Oedeme.

Empl. Thapsiae.

30. Starker asthmatischer Anfall; während desselben Zunahme der Herzdämpfungsgrösse namentlich nach rechts, so dass der rechte Sternalrand ca. um 2 QF. überragt wird. An den Jugularvenen systol. Pulsation. Undeutliche Lebervenenpulsation. Arterien leer und eng. Puls frequent. Temp. normal. Stramoniumtropf. Jodkali.

5. August. Subject. Wohlbefinden. Am Herzen der Befund vom 28. Juli.

11. August. Pat. wird entlassen.

Fragen wir uns, was wir nunmehr als constatirt ansehen können, so wäre es folgendes:

Lungenblähung. Diffuser Katarrh mit besonderer Localisation neben der linken Herzregion. Daselbst vermuthlich ein abgelaufenes lobuläres pneumonisches Infiltrat, welches eine Pleuritis bewirkt hat, die nunmehr abgelaufen ist und eine Compression und Atelektase der untern linken Lungenpartien bewirkt hat. Dafür würde sprechen die starke Abschwächung des Athemgeräusches in den linken hintern und seitlichen Lungenpartien bei Fehlen jeglicher Dämpfung.

Worauf ist die Vergrösserung der Herzdämpfung zu beziehen? Eine exsudative Perikarditis, für welche die Gestalt und Grösse der Dämpfung sprechen würde, sowie der fehlende Spitzenstoss und die Geräusche, welche am 19. August von Dr. Moritz als perikardiale bezeichnet wurden. Gegen die Annahme einer serösen Perikarditis muss jedoch eingewandt werden: die Herztöne waren zu laut; als das perikardiale Reiben gehört wurde, war die Dämpfung nicht kleiner geworden, ebenso wenig wie auch als der Herzshok fühlbarer wurde, folglich muss eine exsudative Perikarditis ausgeschlossen werden. Ebensowenig kann es sich um Verschiebung des Herzens handeln; folglich muss die Vergrösserung der Herzdämpfung auf eine Vergrösserung also Dilatation des ganzen bezogen werden. Ob daneben eine trockene Perikarditis bestanden hat, kann aus dem Auscultationsbefunde gefolgert werden. Jedenfalls ist dieselbe nur von kurzer Dauer gewesen. Neben der Dilatation besteht Hypertrophie des rechten Ventrikels, wofür die Accentuation des II. Pulmonaltones sprechen würde. Auch besteht wegen vorhandener Stauung Incompensation der Triebkraft des linken Ventrikels.

Weiter muss sicher gestellt werden, dass mit einem schweren asthmatischen Anfall eine Dehnung des Herzens, namentlich nach rechts einhergeht, welche eine relative Tricuspidalinsufficienz mit systol. Venen- und Lebervenenpulsation bewirkt.

Mithin musste nunmehr die Diagnose lauten: Lungenblähung. Abgelaufene (muthmaasslich) Pneumonie des linken Lungenrandes mit nunmehr abgelaufener linksseitiger Pleuritis, welche zu einer Atelektase der untern Lungenabschnitte links geführt hat. Dilatation des ganzen Herzens. Hypertrophie des rechten Ventrikels, trockene Perikarditis wohl in directem Uebergange von der Randpleuritis her. Herzschwäche, acute Dehnung des Herzens als Ausdruck einer Herzschwäche mit relativer Tricuspidalinsufficienz. Cardiales Asthma. Stauungserscheinungen (Oedeme, Leber- und Milzschwellung). Diffuser Katarrh der kleinern Bronchien.

Unerklärt blieb die Ursache für die Dilatation des Herzens und die Herzschwäche.

Pat. hatte am 11. August das Hospital verlassen, am 18. August wurde er wiederum aufgenommen, das Asthma hatte sich wieder eingestellt, die Oedeme waren stärker geworden.

Stat. praes.: Livide Schleimhäute, Cyanose der Fingernägel. Periphere Venen stark gefüllt keine Venenpulsation. Starke Dyspnoe. Schnappende Inspirationen mit Hilfe aller auxiliären Respirationsmuskeln.

Lungenbefund wie früher. Die Lungen in Inspirationsstellung, weisen sehr geringe Excursionen auf. Eine grössere Dämpfung nicht vorhanden. Allerdings macht der Krankenbogen die Angabe, dass sich links an die Herzdämpfung eine kleine Dämpfung anschliesst, die offenbar auf «verdichtetes Lungengewebe» zu beziehen ist. Abgeschwächtes Athmen l.h.u. reichl. feinblasiges nicht consonirendes Rasseln, namentlich an der alten Stelle der linken Begrenzung des Herzens. Puls sehr klein 132.

Herzshok nicht bestimmbar.

Die relative Herzdämpfung beginnt oben an der 3. Rippe und überschreitet nach rechts um 1 QF. den rechten Sternalrand, nach links in derselben Ausdehnung die l. Mamillarlinie Herztöne namentlich im Verhältniss zu dem kleinen Pulse sehr laut, rein, über der Tricuspidalis und der Herzspitze gespalten.

Abdomen vorgewölbt. Oedem der Bauchdecken, leichter Ascites. Leber den Rippenbogen um ca. 1/2 Handbreite überragend, druckempfindlich. Milz vergrössert.

Also objectiv dasselbe Bild, in keiner Weise eine Aenderung, nur sind die Stauungserscheinungen stärker und ist ein geringer Ascites hinzugekommen.

Vom 18. August bis 20. Sept. hat Pat. nach einander oder zu gleicher Zeit gebraucht: Stramoniumtropfen Jodkali, Digitalisinfus Tct. Strophanti mit Nitroglycerin, hat im Athmungsstuhl und am Waldenburg'schen Apparat geathmet, ohne dass weder in Hinblick auf seine Stauungserscheinungen noch die asthmatischen Zustände eine wesentliche Aenderung erfolgt wäre. Auch im objectiven Befunde keine Abweichung vom Stat. praes. des 18. August. Nur findet sich im Krankenbogen die Notiz, dass zu wiederholten Malen Galopprhythmus beobachtet worden ist. Am 21. September wird

Infus. Adonid. vernal 10,0 : 200,0
Tart. boraxat. 5,0
Syr. Scillae. 15,0
3 stündlich 1 Essl.

ordinirt; daneben Stramoniumtropfen, worauf das Körpergewicht absinkt, die Harnmenge steigt und neben besserm subjectivem Befinden sich eine stärkere Abnahme der Stauungserscheinungen bemerkbar macht. Eine Aenderung im objectiven

Verhalten nur insofern constatirbar, als sich in der linken Fossa infraclavicul. und im Bereiche der sich an das Herz anschliessenden Dämpfung, wo immer das feine crepitirende Rasseln gehört wurde, Reiben einstellt; dasselbe findet sich zuerst notirt am 2. October ebenso auch am 4. und 8. October. Da Pulsintermissionen beobachtet wurden, so wird am 10. October die Adonismixtur ausgesetzt und durch Infus. baccar. Juniperi ersetzt.

Am 16. October folgender Status. Der Umfang der linken Thoraxhälfte gegenüber der rechten um 2,5 Cm. kleiner. Geringe Excursionen des Thorax, kein wesentlicher Unterschied zwischen rechts und links. Lungengrenzen bei der Respiration verschieblich, nur an der linken Herzgrenze und l. s. u. l. u. keine Spur einer respiratorischen Verschiebung, Pectoralfremitus beiderseits ziemlich gleich, vielleicht l. h. ob. etwas schwächer als r. h. ob. Eine grössere Dämpfung mit Ausnahme derjenigen l. s. nicht vorhanden. Das Athemgeräusch rechts überall normal vesiculär, daneben etwas Giemen, linkerseits ist das Athemgeräusch oben vielleicht etwas schwächer als normal und als auf der rechten Seite. Unten ist dasselbe stark abgeschwächt. Daselbst und namentlich links neben dem Herzen feinblasiges Rasseln und respirator. Reiben.

Spitzenstoss in der Mamill. im 5 JCR. schwach fühlbar.

Relative Herzdämpfung: 3 JCR. 1 QF. nach rechts vom r. St.R. ebensoviel nach aussen von d. l. Maml. Absolute Herzdämpfung nur ein wenig kleiner, links haben absolute und relative Herzdämpfung die gleiche Begrenzung. Im Traube'schen Raume stossen Herz-, Milz und Leberdämpfung zusammen.

Herztöne rein. Bisweilen Galopprhythmus.

Puls klein. frequent.

Leber mässig vergrössert, wenig druckempfindlich, glatt und mässig hart, geringer Ascites.

Milz ebenso gross wie früher.

Oedem der Füsse.

Urinquant. 1000—1400, frei von Albumen, ohne Cylinder.

Sputum zeigt stets sehr viel desquamirte Lungenalveolarepithelien, wenige mehrkernige Leukocyten, Flimmerepithelien, gelegentlich Curschmann'sche Spiralen.

Eine auf diesen Befund hin erneute Controlle unserer Diagnose war nur im Stande dieselbe weiter zu bestätigen und zu erweitern. Der Umstand, dass der Umfang der linken Thoraxhälfte um 2,5 Cm. kleiner gefunden wurde, als derjenige der rechten gesunden Seite, wies darauf hin, dass thatsächlich eine Schrumpfung wenigstens einzelner Abschnitte des Lungengewebes bestand. Dafür sprach auch ferner die mangelhafte Verschieblichkeit der untern Lungengrenzen links Während sich die rechte Lunge bei der Inspiration expandirte und auch die linke in normaler Weise in der obern Herzregion an dem Herzen sich verschob, musste für die untern Abschnitte der linken Lunge und für ihre nach links belegenen Randpartien eine Adhäsion mit der Brustwand, beziehungsweise mit der linken Partie der Pleura mediastinalis angenommen werden.

Die sich hier an die Herzdämpfung anschliessende Dämpfung des Lungengewebes konnte sprechen für eine Atelektase des Lungengewebes dieser Region; da jedoch auch gleichzeitig pleuritisches Reiben gehört wurde, musste immerhin auch die Möglichkeit eines lobulären pneumonischen Infiltrates in Erwägung gezogen werden. Ausculatorisch war darüber kein Aufschluss zu gewinnen.

Unerklärt blieb auch das Reiben in den obern Abschnitten der linken Lunge. Immerhin war dadurch die Annahme von Schwartenbildungen an verschiedenen Stellen, namentlich aber auch in der Nachbarschaft des Herzens links zulässig. Unerklärt blieb auch ferner die Ursache für die Dilatation des Herzens.

Leichter als die Diagnose liess sich die Frage nach dem therapeutischen Handeln entscheiden: es bestand Compensationsstörung des Herzmuskels und hier musste der Hebel der Therapie angesetzt werden.

Wie erinnerlich, hatte die Adonis vernalis einen guten Effect gehabt, die Stauungserscheinungen waren zurückgegangen, jedoch musste mit dieser Medication aufgehört werden, weil sich Herzintermittenzen einstellten. Infolge dessen wurde die Adonis durch Juniperusinfus ersetzt. Als aber bald darauf eine Verschlimmerung des Befindens des Pat. eintrat, so wurde am 16. Oct. wieder mit der Adonis begonnen. — Besserung des Befindens, darnach wieder mit Aussetzen des Mittels Verschlimmerung, Steigerung der Oedeme und Abnahme der Harnmenge bis auf 400 Ccm. pro die.

Am 30. Oct. Beginn einer Calomelcur.

Dieselbe hatte einen ganz vorübergehenden Erfolg, eine Diurese stellte sich nur auf 2 Tage ein; darnach aber mit Eintritt einer Quecksilberintoxication (Diarrhoe, Stomatitis, Nierenreizung mit Haematurie) nahezu vollständige Anurie. Infolgedessen wurde am 3. Nov. wieder zur Adonis zurückgekehrt und dieselbe nach wenigen Tagen durch Digitalis in Verbindung mit einer Milchcur ersetzt.

Dabei fühlte sich Pat. ausnehmend wohl, Diurese 800—2000. Schwinden der Oedeme und der übrigen Stauungserscheinungen. Bei vollkommenem Wohlbefinden keinerlei asthmatische Beschwerden. Doch liess sich schon jetzt eine relativ zu geringe Abnahme des Ascites und der Leberschwellung im Vergleich mit dem Schwinden der übrigen Stauungen constatiren. Vom 16.-18. Nov. machte Pat. während der grossen Influenzaepidemie in St. Petersburg eine Influenza durch, welche keine wesentliche Störung seines Allgemeinbefindens hervorrief, wohl aber von einer Otitis media (Dr. Neumann) gefolgt wurde.

Am 24. Nov. findet sich wieder ein genauerer Status notirt, welcher nahezu vollständig demjenigen vom 16. Oct. entspricht. Das pleuritische Reiben an der linken Herzbegrenzung noch hörbar, über den obern Abschnitten der linken Lunge aber verschwunden. Mässige Stauungserscheinungen. reine Herztöne, zuweilen Galopprhythmus, systolische Venenpulsation am Halse.

Da sich Pat. leidlich wohl fühlt, so verlässt er das Hospital am 26. Nov. um erst am 3. Januar 1890 wieder einzutreten In der Zwischenzeit hat Pat. reichlich Milch getrunken und sich leidlich wohl gefühlt, nunmehr ist aber die Anschwellung der Beine und namentlich diejenige des Leibes ganz besonders stark geworden. Stat. praes. Leichte Orthopnoe und Dyspnoe bei jeder Bewegung. Mässiger Grad von Anaemie, Cyanose der Schleimhäute und der Fingernägel, starkes Oedem der Unterextremitäten. Abdomen stark vorgewölbt, Nabel verstrichen, deutliches Vorhandensein reichlicher Mengen freier Flüssigkeit in der Bauchhöhle.

Spitzenstoss des Herzens undeutlich fühlbar im 5 JCR. ca. 1½ QF. nach aussen von der l. ML., nicht verstärkt.

Absol. Dämpf. d. Herz: Obere Grenze 2 JCR., von da ab zieht der linke Rand der Herzdämpfung durch die Mamilla und erreicht in der Höhe der 5 JCR. eine Begrenzung von 1 QF. nach links von d. l. ML. — nach rechts begrenzt sich die absol. Herzdämpfung durch eine Linie, die schräg über das Sternum bis 2 QF. nach aussen von dem r. St. Rande hinzieht.

Rel. Herzdämpfung nur ein wenig grösser. Herztöne rein. deutlicher Galopp. Accent auf dem II. Pulmonalton. Puls kaum fühlbar, Arterien leer, 110. Am Halse systol. Venenpuls, welcher bei jedem Inspirium deutlicher hervortritt.

Links vom Herzen eine bis an die vordere Axill—L. reichende, nach oben durch die 4. Rippe begrenzte relative Lungendämpfung. Daselbst pleuritisches Reiben und kaum hörbares Athemgeräusch. Ueber der linken Lunge schwaches Vesiculärathmen und zahlreiche feine Rasselgeräusche. LHO. schwächeres Athmen, Reg. interscap. sin. — verschärftes Inspirium. Rechts normales Vesiculärathmen. Ueber beiden Lungen trockene und feuchte Rasselgeräusche. Pectoralfremitus l. u. abgeschwächt.

Leber und Milzgrenzen wegen des Ascites nicht bestimmbar.

Stauungsharn mit Spuren von Albumen.

Otitis media mässigen Grades.

Also mithin nahezu derselbe Befund, wie auch schon früher zu Zeiten grösserer Herzschwäche.

3.—27. Jan.; Pat. hat nach einander gebraucht: Digitalis, Adonis vernalis, Acid. nitric., Apfelsinen.

Die Diurese besser. Oedeme geringer. Besserung des subjectiven Befindens, Kleinerwerden der Herzdämpfung (III R.— etwas nach aussen von d. l. Mamillarl. — Mitte des Sternum). Keine Venenpulsation, zuweilen Galopprhythmus. Lungenbefund unverändert, Ascites nur wenig geringer.

Mithin hatten wir es hier wieder mit einer Dehnung des Herzens infolge von Herzschwäche zu thun gehabt, und nicht mit einem Flüssigkeitsergusse in das Perikard, woran leicht hätte gedacht werden können, wenngleich auch ein palpabler Herzspitzenstoss dagegen sprechen musste. Da aber bei Verkleinerung der Herzdämpfung der Spitzenstoss nicht deutlich geworden war, so musste infolge dessen eine Verbreiterung der Herzgrenzen durch Flüssigkeitsansammlung im Herzbeutel ausgeschlossen werden. Vielleicht mag auch zur Vergrösserung der Herzdämpfung noch eine mechanische Verdrängung des Herzens durch Hochstand des Zwerchfells bei starkem Ascites beigetragen haben, welche nunmehr mit Verminderung der Flüssigkeitsmenge in dem Bauchraume verschwand.

Um diese Zeit wurde eine Exacerbation der Otitis media bemerkt, welche zur Perforation des Trommelfelles und

zur Entwickelung einer peripheren Facialisparalyse führte.

27. Jan. — 27. Febr. Therapie: Acid. nitric. — Apfelsinen — später Digitalis — Borsäurespülung des Ohres — Politzers Luftdouche — einmal Paracentese des Trommelfells (Dr. Schwanebach) — Faradisation des Facialis.

Während sich dabei der localentzündliche Process am Ohre besserte und durch die Digitalis ein leidlicher Zustand in dem Allgemeinbefinden des Pat. bewirkt wurde, und auch cardialasthmatische Zustände nur selten beobachtet wurden, machte sich eine stete Zunahme des Ascites bemerkbar, auf welche die Digitalis gar keinen Einfluss auszuüben schien. Dieser Umstand musste die Annahme rechtfertigen, dass der Ascites viel weniger durch Incompensation des Herzens bedingt war, als vielmehr seine Begründung in der Leber selbst zu suchen war. Die langandauernde venöse Hyperaemie der Leber hatte augenscheinlich eine cyanotische Induration, eine Bindegewebsentwickelung in der Leber bewirkt, die wiederum ihrerseits eine Stauung im Portalgebiete — Ascites und Milztumor zur Folge hatte.

Infolge Zunahme des Ascites wurde am 27. Februar eine Punction vorgenommen und 7,200 Ccm. einer klaren leicht grünlich gefärbten Flüssigkeit (spec. Gew. 1,022 Alb. 4 pCt. (Esbach's Albuminimeter) aus dem Cavum abdominis entleert. Darnach Bindeneinwickelung des Leibes. Gleich nach der Punction folgender Status:

Absol. Herzdämpfung: 4. R. — Mitte d. Sternum — etwas nach aussen von d. l. Mamillarl.; etwas nach aussen von derselben findet sich auch der Spitzenstoss im 5 JCR. Damit war bewiesen, dass ein Theil der grossen Herzdämpfung auf hohen Zwerchfellstand bei bestehendem Ascites zu beziehen war. Daneben bestand aber auch Dilatation des Herzens nach rechts und links. Pleuritisches Reiben schon seit längerer Zeit geschwunden.

Nach der Punction wurde ausschliesslich das kranke Ohr und die Facialisparalyse behandelt. 27. Febr. — 14. März vollkommenes Wohlbefinden.

Herzgrenzen: Absol. Dämpf.: 3 JCR. — nach aussen von der Mamilla, Mitte des Sternum. Spitzenstoss wie am 27. März, reine Töne, kein Galopp. Puls 70, immer sehr klein.

Links vom Herzen eine kleine Lungendämpfung mit feinem Rasseln und stark abgeschwächtem Athmen. Lungengrenze hierselbst absolut nicht respiratorisch verschieblich.

Keine Stauungserscheinungen, leichter Ascites, Leber und Milz kleiner als früher aber grösser als normal.

Harnmenge ca. 1000 ohne Eiweiss.

14. März Pat. entlassen.

Recapituliren wir an dieser Stelle unsere Diagnose: Lungenblähung, abgelaufene (muthmaassliche) Pneumonie des linken Lungenrandes mit abgelaufener Pleuritis mit Schwartenbildung, welche zu einer Atelektase der linken unteren Lungenabschnitte und zur Adhaesion derselben mit der Pleura parietalis und mediastinalis geführt hat. Dilatation des ganzen Herzens, Hypertrophie des rechten Ventrikels, trockene Perikarditis, wohl in directem Uebergange von der Randpleuritis. Cardialasthmatische Beschwerden als Ausdruck von Herzschwäche, verbunden mit acuter Dehnung des ganzen Herzens und Phasen relativer Tricuspidalinsufficienz. Chron. Incompensation des Herzens mit Stauungen. Venöse Hyperaemie der Hautdecken, Nieren, Leber, cyanotische Induration der Leber, infolgedessen chron. Milztumor und starker Ascites, welcher durch Digitalis nicht beeinflusst wurde. Hochstand des Zwerchfells wegen des Ascites mit Verlagerung des Herzens. Influenza mit Mittelohreiterung und peripherer Facialisparalyse. Katarrh der feineren Bronchien.

Die Ursache für die Herzdilatation und die Herzschwäche unerklärt.

Am 7. Juli 1890. Eintritt des Pat. in das Hospital. Er verblieb in demselben bis zum 21. Juli. Jedoch aus dieser Periode nichts Bemerkenswerthes zu melden.

Erneuter Eintritt des Kranken in das Hospital am 27. Juli mit der Angabe, dass er in letzter Zeit fast täglich vom Asthma heimgesucht wurde.

Status praesens: Allgemeine Cyanose. Keine Oedeme, etwas Ascites, keine Pulsation der Halsvenen. Temp. normal. Puls sehr klein, 120. Starke Dyspnoe, Galopprhythmus. Im Uebrigen der schon bekannte objective Befund. Leber stark vergrössert.

Nachdem sich bei der Behandlung mit Strophantus, Pyridin und Milch das subjective Befinden gebessert hatte, wurde am 9. Sept. ein genauerer Status aufgenommen:

Rel. H. D.: beginnt an der zweiten Rippe, geht bogenförmig durch die linke Mamilla zur Stelle des Spitzenstosses, welcher schwach fühlbar sich 1—1½ QF. nach aussen von der l. Mam. L. im 5 JCR. findet. Nach rechts überschreitet die Herzdämpfung den rechten Sternalrand um 1 QF.

Absol. H. D.: dementsprechend kleiner, fällt jedoch links mit der relativen zusammen. Auscultatorisch am Herzen reine Töne in Galopprhythmus, daneben erkennt man jedoch noch eine Erscheinung, welche bisher nicht beobachtet wurde: ein weiches systolisches Geräusch, welches über der ganzen untern Herzgegend nur bei der Inspiration hörbar ist und mit Vertiefung derselben lauter wird. Bei oberflächlichem Athmen und im Exspirium ist von dem Geräusche absolut nichts zu hören.

Gleichzeitig bemerkt man, dass im Inspirium der Herzstoss deutlicher hervortritt. Am Halse leichte Undulation der Venen, bei jedem Inspirium eine deutliche systol. Pulsation der Venen. Ebenso neben leichter Pulsatio epigastrica, aber unabhängig von dieser ausgesprochene Pulsation der Leber, welche direct an die Inspirationsphasen gebunden ist.

An beiliegendem Cardiogramm erkennt man sehr gut das stärkere Hervortreten des Herzstosses beim Inspirium, also das entgegengesetzte vom normalen Verhalten. Das Sphygmogramm zeigt eine leichte Erniedrigung der Pulswellen im Inspirium.

Diese Erscheinungen werden von jetzt ab bei jeder Untersuchung des Kranken bemerkt. Ueber den Lungen mit Ausnahme der kleinen Dämpfung neben dem Herzen links keinerlei Schalldifferenz. Ueber beiden Lungen Katarrh der feinern Bronchien. Das Athemgeräusch fast über der ganzen linken Lunge schwächer als rechts, namentlich links seitlich fast ganz aufgehoben, wo auch der Pectoralfremitus kaum zu fühlen ist. Daselbst sehr zahlreiche feine und feinste Rasselgeräusche.

Leichter Husten mit Expectoration eines glasigen Schleimes, Curchmann's Spiralen, keine Krystalle, reichliche desquamirte sog. Lungenalveolarepithelien.

Milz vergrössert palpabel, derb.

Leber gleichfalls recht gross, der freie Rand abgerundet, leicht druckempfindlich, Ascites kaum vorhanden.

Urin normal.

(Schluss folgt).

Referate.

v. Ziemssen: Ueber die subcutane Blutinjection und über eine neue einfache Methode der intravenösen Transfusion. (Münchener med. Wochenschrift. 1892, Nr. 19).

Um die Gefahren der Menschenbluttransfusion (Freiwerden von grossen Mengen Fibrinferment beim Defibriniren und Destruction der rothen Blutkörperchen), auf die mit besonderem Nachdruck Bergmann in seiner bekannten Rede (1883) hingewiesen hatte, zu umgehen hat v. Ziemssen bekanntlich das mit einer Spritze aus der Vene entnommene Blut direct unter die Haut gespritzt und durch Massage zur Resorption gebracht. Die Methode und ihre guten Resultate dürfen wohl als bekannt vorausgesetzt werden. Die Methode hat aber doch ihre Schattenseiten, deren Vermeidung wünschenswerth ist: der Effect tritt nicht so schnell ein, wie es zuweilen bei acuten Anämien erforderlich ist, das Verfahren ist so schmerzhaft, dass es unbedingt Chloroformnarkose nöthig macht und wahrscheinlich geht in Folge der gewaltsamen Einpressung des Blutes eine grosse Zahl von Blutzellen zu Grunde.

Desshalb ist v. Z. neuerdings zur intravenösen Transfusion zurückgekehrt, u. zw. injicirt er das aus der Vene des Blutspenders mittelst Hohlnadel in die Spritze eingezogene Blut mittelst einer zweiten Hohlnadel unmittelbar (ohne es zu defibriniren) in die Vene des Blutempfängers. Strenge Aseptik, ist natürlich erforderlich. Das Instrumentarium ist einfach: mehrere Hohlnadeln mit Gummirohransatz und 3 Glasspritzen von je 25 Ccm. Gehalt, ein grosses Gefäss mit sterilisirtem Wasser in einem Warmwasserbad. Das Verfahren ist folgendes: um den Oberarm des Blutspenders und Empfängers wird eine Binde fest angelegt. In die Vena mediana des Spenders wird eine Hohlnadel eingestochen (was immer leicht gelingt), die mit sterilisirtem Wasser gewärmte Spritze eingesetzt und das Blut angesogen. Unterdessen hat ein Assistent die andere Hohlnadel in die Vene des Empfängers eingestochen, etwas Blut abfliessen lassen, den Gummischlauch comprimirt und die Binde am Oberarm gelockert. Dann wird die gefüllte Spritze eingesetzt und das Blut injicirt. Während dessen wird eine zweite Spritze an dem Arm des Blutspenders vollgesogen und die Injection nach Entleerung der ersten mit der zweiten fortgesetzt. Eine dritte Spritze ist nöthig damit jedesmal die entleerte Spritze, um jeden Rest von Blut zu entfernen, mit sterilisirtem Wasser ausgespritzt werden kann.

Bis jetzt hat v. Z. nach dieser Methode 7 Transfusionen gemacht (durchschnittlich 250 Ccm.). Zweimal, als die Blutaspiration verzögert wurde und dadurch sich in der Hohlnadel des Empfängers ein Gerinnsel bildete, das allerdings entfernt wurde, trat Frost und mehrstündige Temperatursteigerung bis 39° auf. Später war alles normal. Zweimal folgten leichte Temperatursteigerungen ohne weitere Folgen, in den übrigen Fällen war gar keine Reaction zu bemerken. Kein Fieber, keine Hämoglobinurie. Anfangs stieg der Hämoglobingehalt des Blutes bedeutend, um nach einigen Tagen sich wieder erheblich zu erniedrigen. Der Effect war im Ganzen befriedigend

doch ist die Zahl der Transfusionen noch zu klein um ein bestimmtes Urtheil über den therapeutischen Werth des Verfahrens abzugeben. Wanach.

Wilhelm Ebstein (Göttingen): Zur Ernährung der Zuckerkranken. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 19, 1892).

Verf. weist auf das von Johannes Hundhausen aus dem Weizeneiweiss dargestellte Aleuronat hin, das ein für Diabetiker sehr geeignetes Ersatzmittel des gewöhnlichen Brodes zu sein scheint. (Nicht zu verwechseln mit den Woltering'schen Kleberpräparaten). Das Aleuronat ist ein eigenartiges Fabrikat und wird als Nebenprodukt bei der Stärkefabrikation aus Weizen gewonnen. Es ist ein trockenes Pulver von gelblicher Farbe, fast geruch- und geschmacklos, haltbarer als Mehl, billiger als Fleisch und so dem wenig Bemittelten zugänglich. Von der allergrössten Bedeutung ist die constante Zusamensetzung des Aleuronats insofern, als es anscheinend niemals unter einen Gehalt an N. von 80 pCt. — zu sinken und über einen Gehalt von 7 pCt. Kohlenhydraten zu steigen scheint. Durch die im Voit'schen Laboratorium angestellten Versuche ist die Ausnutzbarkeit des Aleuronats im Darme des Menschen und der Thiere als eine sehr gute, sogar bessere als die des Fleisches festgestellt worden. Vor 2 Jahren wurden zuerst in Zürich auf Anregung von Dr. Heim Brode mit Aleuronatzusatz gebacken. Aus Aleuronat selbst lässt sich nämlich kein geniessbares Brod herstellen. Diese mit Znsatz von Aleurona gebackenen Brode wurden vortrefflich ausgenützt. Das Brod schmeckte sehr gut und wurde gut vertragen. Auf Veranlassung des Verf. wurden nun von einer Göttinger Firma (Conditorei Oron und Lanz) Aleuronatbrode für Zuckerkranke gebacken und zwar in drei Sorten. welche in aufsteigender Reihe 30, 40 und 50 pCt, Stickstoffsubstanz in der Trockensubstanz enthalten. Ein Diabetiker kann ungefähr ½ Pfund eines in seiner Trockensubstanz 50 N. enthaltenden Aleuronatbrodes geniessen, wobei er ungefähr 72 Gr. Kohlenhydrate und 80 Gr. Pflanzeneiweiss zu sich nimmt, so dass also auch der Zuckerkranke einen verhältnissmässig grossen Theil seines Eiweissbedarfs wie der gesunde Mensch durch Pflanzeneiweiss decken kann. Verf. empfiehlt auf das Wärmste die Anwendung des Aleuronats in der Praxis.

Abelmann.

Auszug aus den Protokollen der Medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 4. März 1892.

Herr Ströhmberg macht Mittheilung über den Erfolg der Behandlung der Lues universalis während der Eruptions- und frühen Recidivperiode mit Injectionen von Hydrargyr. salicyl. im Dorpater Hospital. Vortragender schilderte zunächst in Kürze die zur Zeit üblichen Behandlungsmethoden der Syphilis nach Kaposi (Pathologie und Therapie der Syphilis 1891), wobei er die Inunctionscur mit Ung. Hydrargyr. ciner. trotz der ihr anhaftenden Unbequemlichkeiten und Nachtheile als die sicherste Methode bezeichnete. Ferner theilte er mit, dass Prof. Dehio seit einigen Jahren im Dorpater Hospital zur Behandlung der Syphilis mit intramusculären Injectionen unlöslicher Hg-Verbindungen, und zwar Calomel, Hydrargyr. oxydulat. nigr. und Hydrargyr. salicyl. übergegangen ist, über welche Mittel seine Assistenten Haudring, Hartmann und Lezius in der Petersburger medic. Wochenschrift referirt haben. Referent übernahm die syphilitische Weiberabtheilung im Januar dieses Jahres und setzte daselbst die Behandlung mit Hg. salicyl. fort. Das Material zum heutigen Vortrage verdankt er zum grössten Theil den Krankengeschichten Prof. Dehio's und zum kleinern Theil seiner eigenen Beobachtung. Das Material bezieht sich auf 491 Injectionen an 77 Kranken, von welchen sich 66 im Eruptions- und 11 im frühen Recidivstadium befanden; die mittlere Zahl der zur Behandlung erforderlich gewesenen Injectionen betrug 6. Bei dieser Behandlung schwanden die condylomatösen Erscheinungen schnell, Sklerosen dagegen meist sehr langsam. Die bekannten und schon vielfach beschriebenen unangenehmen Erscheinungen nach den Injectionen wurden selten, Abscesse und Unglücksfälle gar nicht beobachtet. Obgleich die überwiegende Mehrzahl der im Dorpater Hospital an Syphilis behandelten Kranken beim Auftreten der Recidive nicht mehr im Hospital erscheint, so wurden dennoch bei 12 von den 77 Kranken die Recidive im Hospital behandelt. 5 von diesen Kranken erschienen schon einen Monat, nachdem sie 5—8 Injectionen erhalten hatten. Die Recidive traten auf in Form von Condylomen und Ulcerationen und zwar nicht selten Condylome mit so lebhafter Wucherung, wie man sie meist nur bei solchen Patienten sieht, die garnicht behandelt worden sind und wie sie dem Referenten nach regelrechter Schmiercur nicht zu Gesicht gekommen sind. Referent hält die Zahl der beobachteten Recidive für eine grosse und meint in Anbetracht des Charakters derselben, dass die nicht gefahrlosen Injectionen unlöslicher Hg-Verbindungen der Inunctionscur den Vorrang nicht streitig machen, vor welcher sie zudem nicht einmal den Vorrang der genauen Dosirung beanspruchen können.

Herr Dehio hält eine richtig durchgeführte Inunctionscur für die sicherste und erfolgreichste Behandlungsmethode. Er hat sich zur Injectionsmethode nur aus dem Grunde entschlossen, weil die letztere bei den gegebenen Hospitalverhältnissen allein mit der nöthigen Zuverlässigkeit durchführbar war.

Herr von Zoege kann sich, was den Werth der Inunctionscur anlangt, nur dem Vortragenden anschliessen. Es sei diese Behandlungsmethode als das Normalverfahren anzusehn. Dennoch können aus den angeführten Zahlen seiner Ansicht nach keine Schlüsse auf die therapeutische Wirksamkeit gemacht werden, da die Thatsache, dass von 77 Kranken 12 Recidive aufweisen, nichts Befremdliches hat, und wohl auch bei den andern 65 Recidive auftreten werden, ob sie nun mit Inunction oder Einspritzung behandelt werden.

Ueberhaupt sei die Kritik der therapeutischen Wirkung eines Hg-Präparates gerade an den häufigsten Symptomen schwer zu prüfen; Drüsen und Induration bleiben bei jeder Form der Behandlung. Exantheme schwinden auch ohne eine solche. Für leichtere Fälle könne die Injectionscur jedenfalls ganz gut die Inunction ersetzen, wenigstens habe er ganz günstige Wirkung von Hg-salicyl. gesehn.

Herr Ströhmberg: Die Einführung der Injectionen unlöslicher Hg-Salze bei der Syphilisbehandlung im Dorpater Hospital ist ein unbestreitbares Verdienst des Herrn Prof. Dehio. da es die Möglichkeit gewährt, an einem für Dorpat verhältnissmässig grossen Material die Wirkung dieser Methode kennen zu lernen. Dass die Recidive eine der Secundärperiode eigenthümliche Erscheinung sind, ist allbekannt und der Vortragende hat auf diese bekannte Thatsache schon dadurch hingewiesen, dass er von der Behandlung der Recidivperiode der Syphilis durch Injectionen unlöslicher Hg-Verbindungen sprach. Bei dieser Behandlung ist die Dosirung ganz illusorisch, da man nicht wissen kann, wie viel von dem injicirten unlöslichen Salze resorbirt wird. Im Ludwig'schen Laboratorium hat man noch nach Wochen 65 pCt. des eingespritzten Hg am Orte der Injection gefunden. 3 Monate hindurch in Pausen von 5—7 Tagen fortgesetzte intramusculäre Injectionen unlöslicher Hg-Verbindungen hält Referent für unthunlich. Nicht die Recidive an und für sich und die Zahlen seiner kleinen Statistik sondern der Charakter der Recidive scheint gegen die neue Behandlungsmethode und zu Gunsten der Inunctionen zu sprechen.

Herr Kengsep macht drauf aufmerksam, dass in dem Monatsheft für praktische Dermatologie 1891 Nr. 12 eine Arbeit «Einige Bemerkungen über den Gebrauch des Hg bei der Therapie der Syphilis» von Rietema vorliege, die im Sinne des Vortragenden gehalten eine Injectionscur mit Emulsion unlöslicher Hg-Verbindungen verwirft, da die Anzahl und die Schwere der Recidive nach ihrer Anwendung zunehmen sollen. Ausserdem tritt Rietema für eine gut geleitete interne Behandlung mit Hg. oxyd. tannicum oder mit Sublimat lebhaft ein, indem er sie einer richtig angewandten Einreibungs- oder Inunctionscur mit einem auflösbaren Hg-Salz als gleichwerthig hinstellt. Es wäre wünschenswerth die von Rietema warm empfohlene Anwendung von Hg oxyd. tannic. (3 Mal täglich 100 Milligr. unmittelbar nach dem Essen einzunehmen), wo die Inunctionscur nicht gut durchführbar ist, näher zu prüfen.

z. Z. Secretär: Dr. Robert Koch.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— In der «Deutschen medic. Wochenschrift» Nr. 5. berichtet Cassel (Berlin) über die Behandlung des Keuchhustens mit Bromoform. Das Mittel wurde verabreicht in Dosen von 3—4 Tropfen 3 Mal täglich im ersten Lebensjahre, in den folgenden 3 Mal täglich 4—5 Tropfen. Ueble Nebenwirkungen wurden in keinem einzigen Falle beobachtet. Die Betrachtung der von Cassel reproducirten Curven lehrt, dass die Zahl der Anfälle nach Darreichung des Bromoforms ganz entschieden herabgesetzt wurde, ebenso wurde die Intensität der Anfälle günstig beeinflusst; von einer Abkürzung des gesammten Krankheitsverlaufes konnte aber absolut nicht die Rede sein. In letzter Beziehung dürften Belladonna, Chinin, Chloral und Antipyrin getrost mit dem Bromoform concurriren.

Vermischtes.

— Die St. Petersburger städtische Sanitätscommission ersucht die Aerzte, welche die ärztlich-sanitäre Aufsicht in einem der Rayons der Residenz für den Fall des Auftretens der Choleraepidemie übernehmen wollen, solches in der

Canzellei der Sanitätscommission, im Gebäude der Stadtduma, anzuzeigen.

— Wie verlautet, ist der Privatdocent der Charkowschen Universität Dr. L. Bartenew als ausserordentlicher Professor auf den Lehrstuhl der Kinderkrankheiten an die Universität Tomsk berufen worden.

— Dr. P. F. Fedorow hat sich mit Genehmigung der Conferenz der militär-medicinischen Akademie als Privatdocent für Zahnkrankheiten an der Academie habilitirt. Bis jetzt ist dieses Fach dort nicht gelesen worden.

— Verstorben: 1) Im Chwalynsk am 28 Juni d r dortige Stadtarzt Alexander Moltschanow, welcher von einem Volkshaufen während der Unruhen in Anlass der Cholera erschlagen wurde. Der Verstorbene stand im 34. Lebensjahre und war seit 10 Jahren als praktischer Arzt dort thätig. 2) Der Reservearzt Nikolai Kessler. 3) Der Zarewsche Kreisarzt Wl. Al. Golowkin in 36. Lebensjahre. 4) Am 9. Juni der Landschaftsarzt des Jelissawetgrad'schen Kreises N. A. Masslow an Dysenterie. 5) Am 15. Juli n. St. in Södermanland der ehemalige Professor der Anatomie am Carolinischen Institut in Stockholm. Dr. Gustav von Düben im 70. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hat zahlreiche Werke herausgegeben; mehre Jahre war er auch Redacteur der med. Zeitschrift «Hygiea» 6) In New-Orleans der Professor der Chirurgie Dr. F. G. Richardson.

— Am 1. Juli n. St. vollendeten sich 25 Jahre, seit der berühmte Berliner Physiolog, Prof. Dr. Emil du Bois-Reymond als beständiger Secretär der Berliner Academie der Wissenschaften fungirt.

— Der bekannte Physiolog Prof. J. Rosenthal in Erlangen beging am 13. Juli n. St. sein 25jähriges Professor-Jubiläum. Er war anfangs Professor extraord. in Berlin ist seit 1872 Ordinarius in Erlangen.

— Bei den hiesigen Marien-Mädchenschulen sind neuerdings zwei Posten für Schulärzte creirt. Gehalt und Pension sind für diese Posten nicht ausgesetzt, sondern nur 120 Rbl. Fahrtengelder für jeden! Es können beide Posten auch von einem Arzte bekleidet werden, welcher dann 240 R. zu Fahrten erhält. Die ärztliche Arbeit ist also eine unentgeltliche!

— Der Wittwe des Dr. Polnjechtow, welcher auf der Charkow-Asower Eisenbahn verunglückte, wurde vor einiger Zeit vom Charkowschen Bezirksgericht eine Entschädigung im Betrage von 20.000 Rbl. seitens der erwähnten Bahn zugesprochen. Die Gerichtspalate hat aber diese Entscheidung des Bezirksgerichts aufgehoben und der Wittwe des Arztes noch die Zahlung der Gerichtskosten auferlegt.

— Bezüglich des Ablasses von starkwirkenden Arzneimitteln nach Signaturen ist seitens der St. Petersburger Residenz-Medicinalverwaltung an die hiesigen Apotheken vor Kurzem nachstehende Vorschrift erlassen worden: Es kommt, wenn auch selten vor, dass der Arzt auf dem Recept oder der Signatur vermerkt, dass die Arznei einige oder viele Male zu wiederholen ist, und wurde denn auch gemäss solcher Signatur anstandslos das starkwirkende Mittel aus den Apotheken ohne jedesmalige Unterschr ft des Arztes abgelassen. auf den Signaturen dabei aber stets vermerkt, wie viel Mal, entsprechend der ersten Angabe des Arztes, die Arznei noch repetirt werden konnte. Da nun gemäss dem Art. 263 Bd. XIII der Medicinalgesetze der Ablass von starkwirkenden Arzneien nur dann zugelassen ist, wenn diese vom Arzt unterzeichnet sind, so schreibt die städtische Medicinalverwaltung vor, in Zukunft Wiederholungen von Arzneien, welche starkwirkende Mittel enthalten, nicht anders als mit der jedesmaligen Unterschrift des Arztes versehen, abzulassen.

— Nach dem Jahresbericht der Universität Tomsk pro 1891 betrug die Gesammtzahl der Studenten zum 1. Januar 1892 289. von denen 76 dem I Cursus, 105 dem II, 73 dem III und 35 dem IV Cursus angehörten. Was die Vorbildung der Studirenden anbetrifft, so haben nur 78 (26,9 pCt.) ihre Bildung in Gymnasien genossen, während die Mehrzahl, nämlich 225 (70,93 pCt.), in geistlichen Seminaren erzogen sind. Ausserdem sind 5 Studenten von anderen Universitäten übergeführt und 1 (ein Kirgise) hat ein Lehrerseminar absolvirt. Der Confession nach sind 254 Studenten orthodox-griechischer Confession, 5 Katholiken, 2 Protestanten und 1 Mohamedaner. Stipendien erhielten im I. Halbjahr 57, im zweiten 61 Studirende (21,1 pCt. der Gesammtzahl).

— In Berditschew hat das langjährige Stadthaupt Ferdinand Libbe, welcher vor 2 Monaten im 82. Lebensjahre starb, ein bedeutendes Kapital zu Wohlthätigkeitszwecken vermacht, unter Anderem auch 20,000 Rbl. der Universität Kiew zu Stipendien für unbemittelte Studenten.

— Die Sammlung zur Ausrüstung und Unterhaltung von fünf barmherzigen Schwestern, welche sich der Pflege der Leprakranken in Sibirien widmen, hat bereits 6738 Rbl. ergeben.

— Die Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit beabsichtigt in nächster Zeit hier einige Muster-Bäckereien zu eröffnen, in welchen alle Sorten Brot ohne irgend welche Beimischung und zu billigen Preisen verkauft werden sollen.

— Die Stadtverwaltung von London hat beschlossen, jedem Arzt, welcher in irgend einem Unglücksfalle auf der Strasse med. Hülfe leistet, am Tage 5 Schilling, in der Nacht 10 Schilling (nach dem gegenwärtigen Course $2^1/_2$, resp. 5 Rbl.) zu zahlen. Ausserdem hat die Stadt für die erste Hülfeleistung bereits für diesen Zweck angestellte Aerzte, welche eine feste Gage von je 450 Pfd. Sterling jährlich (gegen 4,500 Rbl.) beziehen.

— Wie verunreinigt die Stadt Moskau ist, beweist ein Ausspruch des dortigen Stadthauptes, dass behufs Reinigung der ganzen Stadt täglich 30,000 Fässer Unrath einen Monat hindurch ausgeführt werden müssten. In Wirklichkeit werden jedoch nur 900 Fässer ausgeführt. Trotzdem hat die Duma nur 20,000 Rbl. für Sanitätsmaassregeln bewilligt.

— Prof. Werigo (Odessa) empfiehlt, in Anbetracht der Vertheuerung der Carbolsäure, zur Desinfection den Steinkohlentheer, (mit Zusatz von Petroleum oder Naphta flüssig erhalten) welcher wegen seines Gehaltes an Phenolen ein kräftiges Desinficiens sein soll.

— In Anbetracht der beim Medicinaldepar ement aus entfernten Orten einlaufenden Meldungen von Personen des ärztlichen Standes zur Abkommandirung in die Cholera-Gegenden, sowie angesichts der Anfragen über die Bedingungen der Abkommandirungen macht das Medicinaldepartement bekannt, dass für die Abzukommandirenden folgende Remunerationen festgesetzt worden sind: Personen, welche im Range eines Stabsofficiers stehen, erhalten 450 Rbl. zur Ausrüstung, 115 Rbl. monatl. Gage und 75 Rbl. Reisegeld für jede 1000 Werst bis zum Bestimmungsort; Personen im Oberofficiersrange 300 R. zur Ausrüstung, 100 R. Gage und 50 R. Reisegeld; Studenten 200 R. zur Ausrüstung, 60 R. Gage und 25 R. Reisegeld für 1000 Werst; Feldscher 60 R zur Ausrüstung, 43 R. 75 K. Gage und 25 R. Reisegeld für 1000 Werst. Mit der Anmeldung sind zugleich die Standesdocumente dem Med.-Departement einzusenden; Feldscher haben ausserdem ein Zeugniss von ihren nächsten Vorgesetzten (Medicinalverwaltung, Stadt- oder Kreisarzt) über ihre Qualification zur Abkommandirung hinsichtlich ihres Alters und ihrer moralischen Eigenschaften beizubringen.

— Die Choleraepidemie greift, wenn auch langsamer, immer weiter um sich; die Intensität derselben scheint aber in den von der Seuche zuerst heimgesuchten Orten wie Baku und Astrachan abzunehmen, — wenigstens hat sich das Verhältniss der Zahl der Genesenen zu der der Verstorbenen in letzter Zeit an diesen Orten viel günstiger gestaltet. Zu den von der Cholera ergriffenen grösseren Wolga-Städten ist jetzt Nishni-Nowgorod hinzugekommen. Dort wurden am 7. Juli die ersten verdächtigen Erkrankungen constatirt, von denen sich einige als Cholera erwiesen. Zum 10. Juli gab es dort bereits 15 Kranke, am 13. Juli erkrankten 26, starben 9 und verblieben 46 in Behandlung; in den Kreisen dieses Gouvernements erkrankte 1 und starben 3. Hoffentlich werden die in Nishni-Nowgorod ergriffenen energischen Massregeln verhindern dass die Seuche von dort aus nach allen Weltgegenden verschleppt wird, wozu namentlich die bereits eröffnete Messe leicht beitragen kann. Der Stadt gegenüber ist auf der Wolga ein schwimmendes Choleralazareth angelegt, mit dem die Communication nur auf Böten vermittelt wird.

Bei den in Astrachan stattgehabten Cholerakravallen ist ein Feldscher getödtet und sind die DDr. M. A. Myschkin, S. M. Popow und Dr. N. St. Ssokolow vom Pöbel arg misshandelt worden, so — dass der letztgenannte lebensgefährlich krank daniederliegt. In Chwalynsk ist Dr. Moltschanow auf einer Fahrt mit dem Polizeichef durch die Stadt mit einem Stein erschlagen worden. Der Polizeibeamte konnte sich retten. In Pokrowskaja Sloboda bei Ssaratow ist im Cholerahospital ein Feldscher erschlagen worden; der Arzt wurde von dem Pöbelhaufen glücklicherweise nicht gefunden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 12. Juli d. J. 5374 (58 weniger als in der Vorwoche), darunter 257 Typhus — (10 weniger), 591 Syphilis — (18 mehr), 26 Scharlach — (2 weniger). 10 Diphtherie — (1 mehr), 43 Masern — (12 weniger) und 9 Pockenkranke (2 weniger).

Vacanzen.

1) In Rostow a./Don ist der Posten des Oberarztes am örtlichen Stadthospital (mit 400—500 Betten) erledigt. Gehalt 2400 Rbl. jährlich bei freier Wohnung mit Beheizung und Beleuchtung. Den Vorzug erhalten Personen, welche bereits an grösseren Hospitälern gedient haben. Die Meldungen nebst den Documenten sind auf den Namen des Rostow'-

schen Stadthauptes an die Stadtduma von Rostow einzusenden.

2) Die Jaroslaw'sche Gouvernements-Landschaft sucht einen Arzt für den Dienst in der Landschaft. Gehalt 150 Rbl. monatlich bei freien Amtsfahrten. Die Meldung geschieht bei der «Ярославская Губернская Земская Управа».

3) Im Kreise Ssolikamsk (Gouv. Perm) ist eine Landschaftsarztstelle im Kirchdorfe Nerdwo zu besetzen. Gehalt 1500 Rbl. jährlich bei freien Fahrten. In Nerdwo befindet sich ein kleines Krankenhaus mit 10 Betten. Die Meldung geschieht bei der «Соликамская Земская Управа».

4) Die Verwaltung der Koslow-Woronesh-Rostow-Eisenbahn sucht 6 Aerzte für den ärztl. Dienst auf der Linie für die Zeit der Choleraepidemie. Gehalt 400 Rbl. monatlich und Vergütung der Reisekosten. Zu melden persönlich, schriftlich und telelegraphiseh in St. Petersburg, Galernaja Nr. 3 oder in der Bahnverwaltung in Woronesh.

5) Es werden für die temporären Krankenasyle, welche im Falle des Auftretens der Cholera an der Wolga zwischen Rybinsk und Nishni-Nowgorod eingerichtet werden sollen, Aerzte, Studenten der Medicin (V. und IV. Cursus) Feldscher und Feldscherinnen (von den Roshdestwenski'schen Cursen) gesucht. Remuneration der Aerzte je nach Vereinbarung, der Studenten des V. Cursus 180 R. und des IV. Cursus 129 R., der Feldscher 90 R. und der Feldscherinnen 120 R. monatlich bei freier Hin- und Rückreise und als Ausrüstungsgeld eine Monatsgage. Refl. haben sich an den Geschäftsführer des Departements der Chaussen- und Wasserverbindungen, Ingenieur E. J. Wilken, im Ministerium der Wegecommunication zu wenden.

6) Die Verwaltung der Orenburger Eisenbahn sucht für die Zeit der Choleraepidemie 10 Aerzte, 12 Studenten der Med. und 12 Feldscher. Remuneration der Aerzte 400 R. monatlich, Eisenbahnbillet I. Cl. und 100 R. Reisegeld; der Studenten 200 R. monatl., Billet II. Cl. und 40 R. Reisegeld; der Feldseher 150 R., Billet II. Cl. und 40 R. Reisegeld. Die Meldung geschieht in St. Petersburg, Katharinenkanal Nr. 14, oder in der Verwaltung der Bahn in Ssamara

7) Es werden sofort Aerzte und Studenten der Medic. zur Bekämpfung der Choleraepidemie gesucht von den Landschaften der Gouvernements: Ssaratow (Gehalt der Aerzte 250 R. und der Studenten 150 R. monatlich und 50 R. zu Fahrten), Ufa (Gehalt der Aerzte 200 R., der Studenten 100 R.) und Wjatka (Gehalt der Aerzte 200 R., der Studenten 120 R.). Meldung bei den betreff. Gouv.-Landschaftsämtern.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 5. Juli bis 11. Juli 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
269	221	490	111	62	81	4	1	12	48	39	37	35	34	19	5	2

2) nach den Todesursachen:

-- Typh. exanth. 3, Typh. abd. 7, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 20, Scharlach 6, Diphtherie 1, Croup 0, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 12, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 72, Tuberculose anderer Organe 2, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 28, Marasmus senilis 19, Krankheiten des Verdauungscanals 99. Todtgeborene 22.

Die Bibliothek des Vereins St. Petersburger Aerzte wird im Laufe des Sommers zugänglich sein am Dienstag und Freitag von 4—6 Uhr und am Mittwoch im Laufe des ganzen Tages.

Bestellungen nimmt entgegen die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14.

Дозв. ценз. Спб. 18 Іюля 1892 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Liteiny Prospect, № 55, Qu. 13 zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 30 St. Petersburg, 25. Juli (6. August) **1892**

Aus dem St. Petersburger Deutschen Alexander-Männer-Hospital.

Casuistische Mittheilungen

von

Dr. H. Westphalen
Prosector.

III. Zur Symptomatologie der fibrösen Mediastinitis*)

(adhaesive Perikarditis etc.).

(Schluss).

Der Schwerpunkt des Interesses in diesem Status dürfte sicherlich in die Erscheinungen einer durch die Athmungsphasen bedingten relativen Tricuspidal — möglicherweise auch Mitralinsufficienz verlegt werden. Erstere wäre bewiesen durch den Nachweis einer systolischen rückläufigen Welle in dem Gebiete der Vena cava ascendens und descendens (positive Halsvenen- und Leberpulsation und Vorhandensein eines systolischen Geräusches über dem untern Sternumende).

Das Geräusch muss besonders betont werden gegenüber den Angaben von Sibson [1]), der in 4 Fällen von Verwachsung der Pericardialblätter unter einander Leberpulsation gesehen hat. An dem Bestehen einer wirklichen, wenn auch relativen Tricuspidalinsufficienz muss auch weiter festgehalten werden in Berücksichtigung der Arbeiten von Prince [2]), welcher auch bei ganz gesunden Individuen das Auftreten physiologischer Herzgeräusche, namentlich über der Mitralis, aber auch an den andern Herzostien beschrieben hat. Er fasst dieselben theilweise als exocardiale-cardiorespiratorische, theilweise als wirklich endocardiale Geräusche auf. Ein näheres Eingehn auf seine Arbeit würde indessen zu weit führen.

Jedenfalls handelt es sich in unserem Falle um das thatsächliche Bestehn einer mit der Inspiration zusammenfallenden und durch dieselbe bewirkten Insufficienz des Tricuspidalostiums, möglicherweise, da das Geräusch gleich laut über der Herzspitze gehört wurde auch einer Insufficienz des Ostium atrio-ventricul. sin. Da das Geräusch bei ruhigem Athmen und bei der Exspiration ebensowenig, wie die davon abhängigen Pulsationen der Halsvenen und der Leber wahrgenommen wurden, und in ihrer Intensität der Tiefe der Inspiration parallel waren, so muss daraus gefolgert werden, dass in der Inspiration ein Moment gegeben war, welches eine für den Klappenschluss des Ostium zu grosse Erweiterung desselben bewirkte.

Eine solche Dehnung des Ostium kann nur von aussen her durch Zug des ganzen Herzens oder von innen her durch Drucksteigerung im Herzen selbst bewirkt werden.

Halten wir zunächst an der ersten Voraussetzung fest, an einem Zuge des Herzens durch Thoraxerweiterung bei der Inspiration, so ist eine absolut nothwendige Vorbedingung eines solchen das Bestehen von Adhaesionen des Pericard mit der Brustwand oder dem Zwerchfell oder der Lunge wenn letztere gleichfalls mit der Thoraxwand verwachsen ist.

Während unter normalen Verhältnissen, wo keinerlei Adhaesionen der Pleurablätter unter einander oder mit dem Pericard bestehen, das Herz in seiner Lage durch die Inspiration kaum beeinflusst wird, und sich die Lungen an dem Herzen vorbei zwischen demselben und der Brustwand verschieben, müssen sich bei Adhaesionsbildung der genannten Theile unter einander die Verhältnisse je nach den Respirationsphasen wesentlich anders gestalten. Bei jedem Inspirium wird die Peripherie der horizontalen Querschnittsebene des Thorax grösser, mithin muss auch der Abstand eines jeden beliebigen Punktes dieser Peripherie von der Mittellinie des Sternum bei jeder Vergrösserung der Peripherie d. h. bei jeder Inspiration grösser werden. Besteht nun an diesem

*) Vortrag, gehalten den 12. Mai 1892 im allgem. Verein St. Petersburger Aerzte.

[1]) Sibson, vergl. die Angaben von Fraentzel Vorlesungen über die Krankheiten des Herzens II, p. 264, 1891.

[2]) Prince Boston Journal. Jan. 31. 1889. New-York Record, April 20, 1890.
Vergl. Virchow-Hirsch Jahresber. 1889. II, p. 165.

Punkte eine grössere flächenhafte Verwachsung der Lunge mit der Brustwand, derart, dass sich die Lunge nicht an dem Punkte verschieben kann, so wird die Lunge den Excursionen des Punktes folgen. Bestehen gleichzeitig andere grössere Adhaesionen des Herzbeutels mit der Brustwand oder der fixirten Lunge, so wird auch der Herzbeutel an dem Zuge theilnehmen und auch das Herz selbst eine Lageveränderung in der Richtung des Zuges nach aussen erleiden. Es würde jedoch diese Verlagerung ausbleiben, wenn auch an der entgegengesetzten Seite der Herzbeutel durch ähnliche Verwachsungen festgehalten wird. Das Resultat eines solchen Zuges wäre dann nicht die Verschiebung des Herzens in toto, sondern eine Dehnung desselben beim Inspirium mit Erweiterung und consecutiver Insufficienz seiner Ostia atrioventricul.

Das Symptom einer inspiratorischen Dehnung des Herzens würde demnach das Bestehen einer fibrösen Mediastinitis, einer adhaesiven Perikarditis ext. voraussetzen. Es fragt sich nun, in wie weit die geforderten Bedingungen auch in unserem Falle zutreffen. Für die linke Lunge und die linke Herzfläche war der Nachweis einer Adhaesionsbildung nicht schwer zu erbringen: Die Lunge verschob sich nicht an dem linken Rande des Herzens, hierselbst deckte sich auch die absolute Herzdämpfung mit der relativen, ein Symptom, auf welches Jürgensen [3]) bei der Diagnose einer Verwachsung des Herzbeutels mit der Costalwand besonderes Gewicht legt. Ob auch rechterseits eine ähnliche Verwachsung bestand konnte zwar nicht mit Sicherheit entschieden werden, da ja direct im Krankenbogen darauf hingewiesen wird, dass sich die Lunge an der rechten Herzseite an dem Herzen vorbei verschob. Damit war aber noch nicht die Möglichkeit jeglicher Adhaesionsbildung in den rechten seitlichen oder hintern Abschnitten des Herzbeutels, sei es mit der Brustwand oder der Lunge, ausgeschlossen. Wie wir noch sehen werden zeigte die Autopsie, dass thatsächlich eine solche Verwachsung, wenn auch in geringerm Grade bestand.

Für eine Lokomotionsänderung ebenso gut wie für eine Dehnung des Herzens sprach auch ferner das paradoxe Verhalten des Spitzenstosses. Im Gegensatze zu dem normalen Verhalten wurde der Herzshock bei jedem Inspirium deutlicher, augenscheinlich weil das Herz — wie solches von Martius [4]) ausgeführt worden ist — bei jeder Inspiration in grösserer Ausdehnung mit der Brustwand in Berührung kam, oder sich mit den Respirationsphasen verschob. Das exspiratorische Verschwinden des Spitzenstosses bei der fibrösen Mediastinitis wird auch von Riegel [5]) betont.

Andere Symptome einer Mediastinitis fibrosa, welche jedoch bei überwiegender Lokalisation dieser Erkrankung an der Herzbasis und in der Umgebung der grösseren Gefässe in Function treten dürften, bestanden hier nicht. Weder konnten wir einen deutlichen Pulsus paradoxus (Griesinger, Kussmaul) noch ein inspiratorisches Anschwellen der Halsvenen, unabhängig von der Tricuspidalinsufficienz (Friedreich) constatiren. Ebensowenig bestand auch irgend ein Hinweis auf das Vorhandensein einer Synechie der beiden Perikardialblätter. Die Erwägung, dass solche Zustände häufig ganz symptomenlos verlaufen schloss jedoch nicht die Möglichkeit einer Obliteration des Herzbeutels aus

Mithin erschien es nicht unwahrscheinlich, dass der Symptomencomplex der relativen Tricuspidalinsufficienz durch eine Dehnung des ganzen Herzens durch inspiratorischen Zug mediastinaler Adhaerenzen bedingt war. Damit musste dann neben einer Tricuspidalinsufficienz auch eine Schlussunfähigkeit der Bicuspidalklappen angenommen werden.

Die zweite Möglichkeit, welche wir ins Auge gefasst hatten, war eine Dehnung des Herzens durch Steigerung des intracardialen Druckes. Im citirten Lehrbuche von Fräntzel findet sich mit Bezugnahme auf eine ähnliche Beobachtung Traube's die Krankengeschichte eines Mannes von 50 Jahren, welche möglicherweise in Parallele mit unserem Falle gestellt werden könnte. Derselbe litt an hochgradigem Lungenemphysem, starrem Thorax, kaum beweglichen Lungenrändern, chron. Bronchialkatarrh, starken bindegewebigen Verwachsungen der Pleurablätter, sein Herz war nach links, namentlich aber nach rechts dilatirt, hypertroph. Daneben die Erscheinungen einer deutl. Tricuspidalinsufficienz, welche post mortem als relative festgestellt wurde. Fräntzel [6]) machte die Diagnose auf Mitralstenose und consecutive Tricuspidalinsufficienz. Bei der Section erwiesen sich sämmtliche Herzklappen als gesund. Infolge dessen verlegt Fräntzel für diesen Fall das primäre Moment in die Lungen, er nimmt an, dass die Widerstände für die Blutcirculation in den Lungen so hochgradig waren, dass infolge der starken Dehnung des rechten Herzens das Ostium desselben zu weit, seine Klappen für dasselbe zu kurz geworden waren. Uebertragen wir diesen aetiologischen Zusammenhang auf unseren Fall, so könnten wir annehmen, dass das Asthma des Pat. gar kein cardiales, sondern ein bronchiales gewesen war, bei gleichzeitig vermehrtem Lungenvolumen, wodurch an und für sich schon die Behinderung für die Thätigkeit des rechten Herzens gegeben war. Bei jedem Asthmaanfall fand eine Zunahme der Lungenblähung statt, damit wuchs auch das Hinderniss für das rechte Herz, das Blut staute sich in demselben und bewirkte eine vorübergehende Dehnung des rechten Herzens durch Druckzunahme in demselben, welche mit Aufhören des Asthmaanfalles schwand. Dadurch liesse sich die Herzdilatation während der Anfälle erklären. Die Dehnung wäre dann Folge der Anfälle, nicht wie wir angenommen hatten Ursache der Anfälle. Bei jedem Inspirium ist der venöse Abfluss in die Vorhöfe und das rechte Herz erleichtert, es muss infolgedessen der Ventrikel im Inspirium mehr Blut enthalten. Ist nun seine Wand schon dehnungsfähiger als normal so wären hierdurch die Bedingungen einer besonders starken Dehnung des Herzens mit relativer Tricuspidalinsufficienz gegeben. Doch müsste dann nothwendigerweise gleichzeitig auch der erleichterte venöse Abfluss aus den Lungen in den linken Vorhof durch irgend ein Moment proportional gestört sein, damit überhaupt eine relative Tricuspidalinsufficienz auf diesem Wege entstehen kann. Und dafür dürfte es schwer sein, einen Beweis zu erbringen.

Dieses ist auch der Grund, weswegen mir die letztere Erklärung der Entstehung einer Tricuspidalinsufficienz bei der Inspiration nicht wahrscheinlich erscheint, und möchte ich daher an der ersten Erklärung festhalten, welche eine Mediastinitis zum Ausgang nimmt.

Die zweite Hypothese könnte vielleicht bei oberflächlicher Betrachtung darin eine Stütze erhalten, dass wir bei unserem Patienten so häufig Galopprhythmus beobachtet haben, da derselbe zwar am häufigsten in Verbindung mit Schrumpfniere, aber auch relativ häufig bei Strömungswiderständen im Gebiete der Pulmonalarterie gefunden worden ist. (Traube [7]), Johnson [8])). Andererseits wird sein Vorkommen bei verschiedenerlei Herzaffectionen bebeschrieben: bei Arteriosclerose alter Leute, Mitralinsufficienz (Johnson), bei Perikarditis; gastrohepatischen Affectionen (Potain, Barié). Von Fraentzel und Schmall

[3]) Jürgensen Lehrb. d. spec. Pathol. u. Ther. 1886 p. 454.
[4]) Martius. Berl. klin. Wochenschr. 1889, 42.
[5]) Vergl. Strümpell. Lehrb. d. spec. Path. u. Ther. 1883.

[6]) l. c.
[7]) u. [8]) cit. in Fraentzel l. c.

und Kriege [9]) wird dem Galopprhythmus zur Zeit nur eine prognostische Bedeutung zuerkannt; derselbe wiese auf einen stärkeren Grad von Herzschwäche hin und beanspruche prognostisch eine ernstere Auffassung der Herzthätigkeit. In unserm Falle wurde der Galopprhythmus, namentlich in den spätern Phasen der Krankheit stets eine Zeit vor und während der Asthmaanfälle beobachtet. Mehrfach konnte wegen Auftreten des Galoppr. darauf geschlossen werden, dass in Bälde ein asthmatischer Anfall zu erwarten war, was auch meist zutraf. Daraus kann der weitere Schluss gezogen werden, dass die Anfälle cardial—nicht bronchialasthmatischer Natur waren, denn sonst wäre das Vorangehn des Galopprhythmus vor dem Anfalle schwer verständlich gewesen. Schliessen wir die bronchialasthmatische Natur der Anfälle aus, so muss damit auch die zweite Erklärung der relativen inspiratorischen Tricuspidalinsufficienz hinfällig werden, und nehme ich infolge dessen an, dass die Schlussunfähigkeit der Herzklappen am rechten, wohl auch am linken Ostium atrioventricul. bedingt war durch inspiratorische Dehnung des Herzens bei fibröser Perikarditis ext. und glaube ich dass ein solches Symptom in andern Fällen zu einem diagnostischen Rückschluss auf das Vorhandensein einer fibrösen Mediastinitis berechtigt.

Das Vorhandensein einer Verwachsung des Perikard mit den Nachbarorganen würde an sich schon ausreichen, um das schwere Leiden des Kranken und die Dilatation des Herzens durch die Widerstände für die Herzaction (Fräntzel) zu erklären, wenn letztere nicht schon lange bestanden hätte bevor die Mediastinitis festgestellt wurde. Wenn wir uns nicht damit trösten wollen, dass die Mediastinitis einfach übersehen worden war so müssen wir nothwendigerweise auch für die Dilatation des Herzens, soweit dieselbe vor Constatirung der Mediastinitis bestand nach weitern Ursachen forschen, speciell nach Ursachen für die Erweiterung des linken Herzens, da sich diejenige des rechten Herzens sehr gut durch Störungswiderstände im Pulmonalarterienkreislauf erklären liess. Dass wir es hier mit einer Dilatation des linken Ventrikels ohne organische Klappenerkrankung zu thun hatten, war von vorneherein klar, welches war aber die Aetiologie dieser Dilatation?

Es war gedacht worden an die Rückwirkung einer Granularatrophie der Niere oder einer allgemeinen Arteriosclerose, wofür die leichte Schlängelung der Temporalen sprechen konnte. Abgesehen davon, dass kein Symptom das Bestehen einer chron. interstitiellen Nephritis andeutete, musste gegen beide Hypothesen vor allen Dingen das Fehlen jeder Hypertrophie des Ventrikels angeführt werden. Dieser negative Umstand veranlasste uns gleichfalls die Vermuthung aufzugeben, es könnte sich hier um einen Fall von sog. angeborener Enge des Arteriensystems handeln.

Andere Erklärungen waren ebensowenig zu erbringen. Der leichte Beruf des Kranken als Buchbinder, der Umstand, dass er trotz eingehender Anamnese jegliche stärkere Arbeit leugnete, schloss die Möglichkeit einer Dilatation infolge Ueberanstrengung des Herzens aus, ebenso wie auch die durchaus nüchterne Lebensweise des Kranken die Annahme einer Dehnung des Herzens wegen Alkoholmissbrauch oder zu reichlicher Flüssigkeitsmengen in den Gefässen unmöglich machte. Eine Herzdehnung nach Perikarditis musste gleichfalls negirt werden, da die Dehnung schon vor dem Beginne einer Perikarditis vorhanden war. Augenscheinlich lag das ursächliche Dehnungsmoment in der Herzwand selbst. Wenigstens bewies die so häufig beobachtete vermehrte Verbreiterung der Herzgrenzen während der asthmatischen Anfälle von Herzschwäche, dass das Myokard des Herzens abnorm dehnungsfähig war.

[9]) Schmall und Kriege. Zeitschr. f. kl. Medic. XVIII.

Vielleicht lagen in dem Herzen unseres Patienten ähnliche anatomische Veränderungen vor, wie sie neuerdings in dem Myokard von Krehl [10]) und Romberg [11]) durch mühevolle Untersuchungen an Schnittserien von ganzen Herzen, namentlich als Folgezustände von Infectionskrankheiten beschrieben worden sind. Ihnen gebührt das Verdienst durch ihre Arbeiten das dunkle Gebiet der sog. idiopathischen Herzerkrankungen eingeschränkt und dasselbe auf eine mehr anatomische Grundlage gestellt zu haben.

Im klinischen Sinne hatten wir es in unserm Falle mit einer idiopathischen Herzdilatation ohne genügende aetiologische Grundlage zu thun, es sei denn, dass wir annehmen, dass Pat. bevor er uns zu Gesichte kam irgend welche pathologische Processe am oder im Herzen durchgemacht habe, welche sich unserer Beurtheilung entzogen.

Ueber den weiteren Verlauf der Krankheit unseres Pat. ist nicht viel mehr zu berichten. Pat. verliess das Hospital am 5. October 1890, nachdem durch Digitalis und Coffeinum natrobenzoic. eine gute Compensation und ein leidliches Wohlbefinden hergestellt worden war. Doch meldete sich Pat. wieder am 15. October zur Aufnahme, da eine Erkältung alle cardialen Erscheinungen wieder ausgelöst hatte. Eine fast vollständige Anurie wurde durch Digitalis gehoben, bis auf 2000 Cbct. hinaufgebracht und einige Zeit auf dieser Höhe erhalten. Als die Diurese darauf wieder ins Stocken kam, hatte eine erneute Anwendung der Digitalis den gleichen guten Effect.

Am 9. November findet sich im Krankenbogen die Notiz «Ueber der vergrösserten Leber feines Reiben fühlbar» also Perihepatitis.

Am 5. December Entlassung.

29. Januar 1891 bis 19. März Hospitalaufenthalt.

Am 16. Februar ein schwerer cardioasthmatischer Anfall, der durch Galopprhytmus eingeleitet wurde und zu den schwersten Befürchtungen Veranlassung gab. Excitantien: Aether, Moschus, Strophantus, Senfteige, heisse Fuss- und Handbäder, Amylnitrit etc. brachten den Anfall zum Schwinden. Pulsfrequenz während des Anfalles 144.

15. April bis 1. Mai Hospitalaufenthalt.

Der frühere Status, nur tritt der Ascites jetzt wieder mehr in den Vordergrund. Durch Digitalis wird derselbe stark vermindert.

23. Mai bis 3. Juni Hospitalaufenthalt.

Digitalis und Widerstandsbewegungen nach Schott [12]).

Darnach Zurückgehen der Herzgrenzen (?)

15. Juni bis 23. Juni Hospitalaufenthalt.

Stark verminderte Diurese wird durch Digitalis gebessert. Pat. bestimmt von nun ab selbst den Moment, wann mit der Digitalis aufgehört werden soll, meist nach Gaben von 1,6—1,8 Pulv. hb. Digital.

11. bis 18. Juli Hospitalaufenthalt.

22. August bis 30. September Hospitalaufenthalt.

In der Zwischenzeit hat Pat. zu Hause einen Anfall gehabt, welchen er durch einen grossen Schnaps coupirt hat. Von jetzt ab erhält Pat. regelmässig bei Beginn seines asthmatischen Anfalles eine grössere Quantität Cognac. Meist gelingt es dadurch den Anfall zu coupiren, jedenfalls zu lindern.

Puls häufig irregulär, sonst der frühere objective Status.

Am 17. September ist notirt: Im Sputum reichliche Herzfehlerzellen, Curschmannsche Spiralen, sog. desquamirte pigmentirte Lungenalveolarepithelien, ein- und mehrkernige Leukocyten, keine Charcot-Leydensche Krystalle, keine eosinophilen Granula. Der Befund der Herzfehlerzellen im Sputum liess demnach den Schluss auf das Bestehen einer braunen Induration der Lunge infolge chronischer venöser Stauung zu. Jedoch muss daran erinnert werden, dass neuerdings diese pathognostische Bedeutung der Herzfehlerzellen durch v. Noorden [13]) stark eingeschränkt worden ist, welcher dieselben bei Zuständen der Lunge gefunden hat, wo Gelegenheit zu kleinen Blutaustritten in das Lungenparenchym gegeben war, so bei Asthma bronchiale.

Therapeutisch erhielt Pat. Tct. Stramonii mit Tct. Strophanti āā ohne Effect, mit dem gleichen Resultate auch Convallaria maj., Kali jodat 10:200 hatte vorübergehende Besserung zur Folge, und erst die Digitalis bewährte sich von Neuem, namentlich, als man anstrebte ihre Wirkung durch Diuretin zu unterhalten.

[10]) Krehl. Arch. f. kl. Med. 48.
[11]) Romberg. ibidem.
[12]) Schott. Berl. kl. Wochenschr. 1891, Nr. 18.
[13]) Noorden. Zeitschrift für klin. Medic. XX.

25. October bis 5. März 1892. Hospitalaufenthalt.
Starke Zunahme des Ascites und Wirkungslosigkeit der Digitalis auf denselben.
Am 16. December Punction von 2200 Cbc. spec. Gew. 1013 Albumingehalt 4 0 pCt.
Am 16. Januar wieder Punction von 3400 Cbc. spec. Gew 1018. Album. 2,4 pCt.
Im Transsudat: Cu-reducirende Substanz, Gallenfarbstoffe, deutliche Biuretreaction, welche nach Ausfällen der durch Hitze coagulirbaren Stoffe im Filtrat nicht mehr auftritt.
12. Februar Punction von 5500 Cb. nach vorangehendem Gebrauche der Digitalis.
11. März bis 10. April Hospitalaufenthalt.
Pat. wird im Zustande starker Compensationsstörung eingeliefert, nachdem er sich eine Erkältung zugezogen hat.
Digitalis und Diuretin von geringem Erfolg. Steigerung der Stauungen.
29. März. Hochgradiges Oedem der untern und leichtes Oedem der oberen Extremitäten, starker Ascites.
30. März. Oedeme stärker, starke Cyanose, Hochstand des Zwerchfells, Radialpuls kaum fühlbar. Punction von 4500 Cbc Ascitesflüssigkeit um der Indicatio vitalis zu genügen.
5. April. Ascites wieder stark.
8. April. Diarrhoen. Cyanose. Radialpuls nicht fühlbar. Benommenes Sensorium, Kohlensäureüberladung des Blutes.
9. April blutige Diarrhoen, Bewusstsein vollständig gelähmt.
10. April Exitus letalis.

Recapituliren wir noch kurz die Krankengeschichte des Pat.

Bei dem ersten Eintritte des Kranken im Juni 1889 wird constatirt: ein Katarrh der feinen Bronchen, geblähte Lungen und die Erscheinungen von Bronchialasthma. Sehr bald wird jedoch festgestellt, dass die asthmatischen Beschwerden sich mit vorübergehenden Erweiterungszuständen des Herzens combiniren und namentlich in den spätern Phasen der Krankheit an das Auftreten eines Galopprhythmus am Herzen geknüpft sind, häufig durch einen solchen direct eingeleitet werden. Folglich hatten wir es hier nicht mit einem Bronchial- sondern Cardialasthma zu thun. Dasselbe beweist einen gewissen Grad von Labilität des Herzmuskels. Daneben bestand eine Dilatation des ganzen Herzens, welche voraussichtlich bei der flüchtigen Aufnahmeuntersuchung des Pat. durch mich übersehen worden war, neben einer deutlichen Hypertrophie des rechten Herzens. In Verbindung mit der Dilatation des rechten Ventrikels muss dieselbe auf Störungswiderstände im kleinen Kreislauf bezogen werden. Für die Erweiterung des linken Herzens ist eine aetiologische Grundlage nicht zu erbringen, dieselbe muss als eine idiopathische Dilatation zweifelhaften Ursprunges angesehen werden. Aus der Schwäche des Herzens entspringen zahlreiche Leiden des Pat.: Anfälle von Cardialasthma und Stauungserscheinungen (Oedeme, Ascites, Stauungsleber, Stauungsmilz, Stauungsniere Stauungslunge (Herzfehlerzellen!) die fast stets erfolgreich mit Digitalis bekämpft werden und mehrmalige Punctionen des Ascites erforderlich machen. Allmälig tritt die Störung im Bereiche des Pfortaderkreislaufes mehr in den Vordergrund, während sich die Leber gleichzeitig verkleinert. Es muss angenommen werden, dass sich infolge langdauernder venöser Hyperaemie in der Leber eine Bindegewebsneubildung, eine cirrhotische Stauungsleber entwickelt hat und sich momentan als Ursachen für den Ascites die mangelhafte Triebkraft des linken Ventrikels, die Stauungen in der Vena cava asc. und Störungswiderstände in den Portalgefässen der Leber combiniren.

Einmal am 9. November 1891 wird über der Leber Reiben gefühlt, folglich muss die Glissonsche Kapsel verdickt sein — bei dem lange währenden Ascites sind die Bedingungen für das Entstehen perihepatitischer Verdickungen gegeben.

Im Juli 1889 machte Pat. eine seröse Pleuritis von kurzer Dauer durch, welche mit einer fibrinösen Exsudation in der Gegend des linken Herzrandes begann und mit einer Atelectase und Adhaesionsbildung der linken Lunge mit der Brustwand und dem Herzbeutel endete. Darauf muss das Auftreten einer relativen Tricuspidal- vielleicht auch Mitralinsufficienz während der Inspirationsphasen bezogen werden, welche in der zweiten Hälfte der Krankheit als constante Erscheinung beobachtet wurde.

Da Pat. muthmaasslich im Anschluss an die Pleuritis auch eine Pericarditis durchgemacht hat — am 19. Juli 1889 wird perikardiales Reiben gehört — so ist es nicht ausgeschlossen, dass Verwachsungen der Perikardialblätter neben einer Perikarditis ext. bestehen. Klinische Merkmale für dieselbe bestanden nicht.

Intercurrent machte Pat. mehrmals sog. Erkältungen durch, welche stets ungünstig auf seine Hauptkrankheit einwirkten.

Während der Influenzaepidemie des Jahres 1889 erkrankte Pat. gleichfalls an dieser Krankheit. Dieselbe complicirte sich mit einer recidivirenden Mittelohreiterung und einer peripheren Facialisparalyse. Beide Krankheiten heilten vollständig aus.

Mit allen möglichen Mitteln behandelt hatten Erfolg: vorübergehend Adonis vernalis, namentlich aber Digitalis. Als dasselbe mit Diuretin combinirt wurde, konnte man — aber auch ohne Diuretin — mit Sicherheit darauf rechnen der Stauungen Herr zu werden. Nur zu allerletzt versagte sowohl die Digitalis als auch das Diuretin.

Mit Calomel hatte man einen vollständigen Misserfolg zu verzeichnen.

Die asthmatischen Zustände wurden am besten bekämpft durch grosse Gaben starken Alkohols.

Von 1018 Krankheitstagen hat Pat. 591 im Alexander-Hospital verbracht, und während dieser Zeit ca. 60,0 Digitalis und 240,0 Diuretin verbraucht

Obduction am 11. April 1892 (Dr. Westphalen); vor Beginn der Section war eine Canule in die Trachea eingebunden worden.

Sectionsprotokoll.

Abmagerung, Todtenstarre, Todtenflecke, starkes Oedem, namentlich der untern Extremitäten, Vorwölbung des Leibes.
Unterhautfettgewebe schwach entwickelt, das subcutane Bindegewebe oedematös perlmutterartig glänzend.
In der Bauchhöhle grosse Mengen klaren Serums. Die Leber klein, in grosser Ausdehnung mit dem Zwerchfell bindegewebig verwachsen Darmschlingen nach abwärts gedrängt, die grosse Curvatur des Magens in Nabelhöhe, Pylorus und Cardia einander genähert, das grosse Netz venös hyperaemisch, bindegewebig geschrumpft. Peritoneum diffus leicht bindegewebig verdickt.
Nach Entfernung des Sternum collabiren die Lungen so gut wie gar nicht und lassen das Herz in grösserer Ausdehnung frei liegen. Beim Aufblasen der Lungen mit Luft verschieben sich die Lungenränder rechts an dem Herzen vorbei, ebenso auch links an dem Basaltheil des Herzens, während links unten absolut gar keine Verschiebung der Lunge stattfindet. Hier besteht auch eine derbe untrennbare Verwachsung der Lunge mit dem Herzbeutel, rechts finden sich gleichfalls bindegewebige Adhaesionen der Pleura pulmonal. mit dem Perikard, dieselben sind jedoch weniger fest und können durch Fingerdruck getrennt werden.
Im Herzbeutel mässige Mengen klarer Flüssigkeit. Perikardium parietale unverändert. Unter dem visceralen Blatte zahlreiche Ecchymosen, dasselbe ist mehrfach diffus und mehr circumscript bindegewebig verdickt, spiegelnd, glänzend, nirgends mit dem parietalen Blatt verwachsen.
Das Herz in toto vergrössert. Pulmonal- und Aortenklappen schlussfähig. Das Ostium der Tricuspidalis für 3—4, dasjenige der Mitralis für 2—3 Finger durchgängig. Der rechte Vorhof und der rechte Ventrikel weit, das Myokard des letztern deutlich verbreitert, anaemisch von normalem Aussehn. Im rechten Herzohr ein der Wand adhaerenter Thrombus. Tricuspidal- und Pulmonalklappen zart, unverändert. Der linke Vorhof und der linke Ventrikel gleichfalls weit. Ventrikelwand vielleicht etwas verbreitert, anaemisch, stark trübe. Im Herzinnern reichliche dunkle und entfärbte, frische und ältere Blutgerinnungen, welche zwischen den Trabekeln und Papillarmuskeln der Herzwand adhaeriren. Der freie Rand der Mitralklappe leicht bindegewebig verdickt, einige Sehnenfäden etwas kurz, aber zart. Die zugehörigen Papillarmuskeln ziemlich lang. Semilunarklappen der Aorta unverändert. Der Umfang der Aorta klein. Die Intima derselben bis auf spurenhafte sclerotische Verdickungen unverändert. Coronararterien des Herzens normal beschaffen.

Nach Entfernung des Herzens aus der Leiche collabirt der Herzbeutel gar nicht und verweilt durch die Lungen gehalten genau in derselben Lage, wie bei Vorhandensein des Herzens in demselben.

Die linke Lunge oben locker bindegewebig mit der Brustwand verwachsen, festere narbige Adhaesionen bestehen in den untern Abschnitten der linken Lunge sowohl mit dem Herzbeutel als auch mit der Brustwand und dem Zwerchfell. Hierselbst erscheint auch die Lunge durch das Herz nach hinten und seitlich verdrängt. Reichliche subpleurale Ecchymosen. Bronchen cylindrisch erweitert mit trübem Schleim belegt. Pulmonalarterie und ihre Verzweigungen unverändert. Lungengewebe von leicht verbreiterter Alveolarzeichnung, normal, leicht bräunlich gefärbt.

Die rechte Lunge in ihrer ganzen Ausdehnung mit der Brustwand und dem Herzbeutel locker, mit dem Zwerchfell fester verwachsen. Das Gewebe hyperaemisch und oedematös. Auf der Schnittfläche Eiterpunkte, welche aus den Bronchen hervorquellen. Daneben frische rothe lobuläre Hepatisationsherde.

Aorta desc. recht eng. Intima derselben nahezu unverändert.

Die rechte Niere kleiner als normal. von mehreren kleinen Cysten mit dünnflüssigem klaren und colloidem Inhalte durchsetzt. Die Kapsel der Niere leicht adhaerent, die Oberfläche des Organs leicht granulirt. Das Nierengewebe stark venös hyperaemisch, die Rinde leicht verschmälert.

Die linke Niere von dem gleichen Aussehn, wie die rechte.

Die Flex. hepat. coli durch derbe Bindegewebsstränge mit der Leberoberfläche verwachsen. Aehnliche Adhaesionen bestehen auch zwischen der Flexura lienal. coli und der Milz.

Die Milz locker bindegewebig mit dem Zwerchfelle verwachsen, vergrössert, Kapsel verdickt, das Milzgewebe hyperaemisch, Malpighische Körper und Trabekel deutlich wahrnehmbar.

Die Leber eher klein als gross, fest mit dem Zwerchfell verwachsen, von der Gestalt eines Kuchens, der freie Rand abgerundet, die Glissonsche Kapsel diffus bindegewebig verdickt. weist mehrfach lokale derbe bis knorpelharte Schwielen auf. In der Gallenblase geringe Mengen hellgelber dünnflüssiger Galle. Auf dem Durchschnitt durch die Leber die Zeichnung verwaschen, trübe von gelblichem Kolorit.

Der Magen gross, enthält dünnflüssigen Speisebrei, Mucosa bis auf einige Ecchymosen unverändert.

Duodenum normal.

Die Schleimhaut des Jejunum diffus geschwellt, namentlich auf der Höhe der Falten ecchymosirt feucht. Der Inhalt des Jejunum deutlich haemorrhagisch. Im Ileum die gleichen Veränderungen, nur in weit höherm Grade, im Colon geringer.

Pankreas, Nebennieren, Harnblase unverändert, Gehirn und Halsorgane wurden mit Rücksicht auf die Angehörigen nicht obducirt.

Mikroskopisch zeigt die Leber eine derbe bindegewebige Verdickung ihrer Kapsel, von wo aus mehrfach Bindegewebszüge in das Lebergewebe verfolgt werden können. Im Uebrigen erkennt man an den Leberzellen die Erscheinungen einer starken Trübung und fettigen Degeneration des Protoplasma.

An Schnitten durch das Gewebe des untern Lappens der rechten Lunge constatirt man: vielfach Erweiterung der Alveolen durch Schwund der Alveolarsepta, mässige Hyperaemie der Capillaren, die in das Lumen der Alveolen vorspringen. Einzelne Alveolen erscheinen inhaltsleer, andere werden erfüllt mit reichlichen desquamirten bräunlich und schwarz pigmentirten Alveolarepithelien, oder mit amorph feinkörnig coagulirten albuminösen Massen, oder netzförmig angeordneten Fibrinfäden. Gelegentlich finden sich rothe Blutkörperchen und mehrkernige lymphoide Zellen. In einigen Alveolarseptis Ablagerung haematogenen scholligen Pigmentes. Das mikroskopische Bild solcher Präparate lässt schliessen auf eine braune Induration mässigen Grades einer leicht emphysematischen Lunge, in welcher sich frische lobuläre fibrinöse Infiltrate finden.

Anat. Diagnose: Emphysema pulmonum, chron. Brochitis et Bronchiolitis mit cylindrischen Bronchiectasien. Adhaesionen beider Lungen mit der Brustwand, dem Zwerchfell und dem Perikard. Fibröse Mediastinitis mit derber bindegewebiger Verwachsung des Herzbeutels mit der linken Lunge. Sehnenflecke am Herzen. Erweiterung sämmtlicher Herzabtheilungen, Hypertrophie des rechten Ventrikels, starke Trübung des Myokard des linken Ventrikels, Trübung und fettige Degeneration der Leberzellen. Multiple subpleurale und subperikardiale Ecchymosen. Anasarka. Venöse Hyperaemie der Milz, der Niere mit consecutiver mässiger Nephritis interstitialis chron. und Cystenbildung, des Netzes, des Darmes mit Schwellung der Mucosa vornehmlich des Ileum und Jejunum. Ascites; bindegewebige Schrumpfung des Netzes. Perihepatitis und Perisplenitis fibrosa. Bindegewebige Adhaesionen einzelner Organe der Bauchhöhle mit den Nachbarorganen. Braune Induration der Lungen. lokal. frische pneumonische Infiltrate. Lungenoedem. Tod durch Herzparalyse.

Referate.

P. Ehrlich: Ueber Immunität durch Vererbung und Säugung. (Zeitschrift f. Hyg. und Infectionskrankheiten Bd. XII. 1892).

Verf. stellte sich die Aufgabe das Wesen der sogen. Vererbung der Immunität einem eingehenden Studium zu unterziehen. Auf drei verschiedene Arten kann man sich die Immunität der Nachkommen entstehen denken: 1) durch Vererbung im ontogenetischen Sinne (Uebertragung der Immunität durch das Keimplasma). 2) durch eine Mitgabe des mütterlichen Antikörpers, 3) durch eine directe intrauterine Beeinflussung der foetaen Gewebe durch das immunisirende Agens; in diesem Falle würde das foetale Blut resp. die foetalen Gewebe unter dem Einflusse zugeführter immunisirender Substanzen das Gift zerstörende Antiserum erst zu bilden haben. Um zu ermitteln, ob das Sperma an sich die Immunität des Vaters auf die Nachkommenschaft zu übertragen im Stande sei, stellte Ehrlich folgendes Experiment an: Mäuse wurden gegen die giftigen Pflanzeneiweissstoffe Ricin resp. Atrin gefestigt (siehe Referat St. Petersb. medic. Wochenschr. Nr. 1. 1892). Ein Männchen von hoher Abrinfestigkeit wurde mit einem normalen (nicht abrinfesten) Weibchen gepaart. Die Nachkommenschaft zeigte keine Spur von Widerstandsfähigkeit gegen das Abrin. Das Sperma war also nicht fähig die Immunität zu übertragen. Ganz anders war der Erfolg, als Weibchen, die gegen Abrin resp. Ricin gefestigt waren, mit normalen Männchen gepaart wurden. Die Nachkommenschaft zeigte sich ausnahmslos giftfest. Dieser giftfeste Zustand erlosch am Ende des dritten Lebensmonates; daraus schliesst Verf., dass es sich hier um eine passive Immunisirung handelt, die auf eine Mitgabe der maternen Antikörper beruht. Bei der activen Immunisirung nämlich. bei der die Gewebe den Antikörper erst bilden müssen (Punkt 3 oben), ist die erzielte Immunität viel beständiger.

Ein normales sowohl wie ein abrinimmunes Weibchen wurden an einem und demselben Tage befruchtet und an einem und demselben entbunden Die Kinder der normalen Mutter wurden dem abrinimmunen Weibchen, die Kinder des letzteren dem normalen Weibchen untergelegt. Am Ende der Säuglingsperiode (etwa nach 3 Wochen) wurden sämmtliche Jungen auf ihre Giftfestigkeit geprüft. Die von der giftfesten Mutter geborenen, von der normalen Amme gesäugten Jungen zeigten eine viel geringere Giftfestigkeit, als die von der normalen Mutter geborenen, von der giftfesten Amme gesäugten. Diese Versuche beweisen, dass die Milch im Stande ist dem saugenden Organismus den Antikörper zuzuführen und dem Organismus damit eine hohe, mit der Dauer der Säugung wachsende Immunität zu verleihen. Ehrlich gelang es ferner nachzuweisen, dass bei normalen Thieren, die ihre normalen Jungen säugen, die künstliche Zuführung grösserer Quantitäten von Antikörpern (Serum immunisirter Thiere) in den Körper des säugenden Thieres typischen Säugungsschutz bei den saugenden Jungen hervorbringt; es gelang in dieser Weise nicht nur für giftige Pflanzeneiweissstoffe, sondern auch für Tetanus Säugungsimmunität zu erzielen. In einem Nachtrage zu dieser sehr interessanten Arbeit führt Verf. noch folgenden von ihm angestellten Versuch an: Es wurde von dem Serum eines gegen Tetanus hochimmunisirten Pferdes einer säugenden Maus (am 17. Tage der Säugung) 2Ccm. den folgenden Tag wiederum 2Ccm injicirt. Am Tage nach der ersten Injection wurde einem der Säuglinge ein Holzsplitter mit Tetanussporen unter die Rückenhaut gebracht. Das Mäuschen blieb ohne jede Erkrankung, während eine weit grössere Controllmaus nach 26 Stunden an Tetanus starb. Dieser Versuch beweist, dass unter Umständen schon eine 24 stündige Säugung genügt, um dem saugenden Jungen hochgradige Immunität zu verleihen.

Abelmann.

C. Mangold: Ueber den multiloculären Echinococcus und seine Taenie. Aus der medic. Klinik in Tübingen. (Berl. klin. Wochenschrift. 1892, Nr. 2 und 3).

M. weist darauf hin, dass die Verschiedenheit der geographischen Verbreitung des Echinococcus multilocularis und unilocularis zu ihrer Erklärung die Annahme einer specifischen Verschiedenheit beider Taenien erfordere. In der That lasse sich auch bei genauerer Beobachtung ein Unterschied an den Chitinhaken beider Arten feststellen, der darin besteht, dass die Haken der multiloculären Taenie von grösserer Länge und einer verhältnissmässig schwächeren Krümmung sind, als die-

jenigen der uniloculären Taenie und dass sie einen langen dünnen Wurzelfortsatz und ein knaufförmig vorspringendes Wurzelende besitzen, während derselbe bei der letzteren Species plump erscheint.

Es weist also schon die einfache anatomische Beobachtung darauf hin, dass ausser der gewöhnlichen Taenia Echinococcus Siebold noch eine andere Art dieses Geschlechtes, nämlich die Taenia Echinococcus multilocularis existirt und dass die Verschiedenheit der anatomischen Veränderungen und der klinischen Krankheitsbilder, welche durch den Echinococcus gesetzt werden, eben von der Verschiedenheit der Parasiten abhängen.

Von grossem Interesse ist, dass es dem Verf. gelang, zum Beweise seiner oben auseinandergesetzten Ansicht Fütterungsversuche durchzuführen, aus welchen hervorgeht, dass wenn man den multiloculären Echinococcus der menschlichen Leber an Hunde verfüttert, im Darm der letztern die Taenia Echinococcus zur Entwicklung kommt und reife Eier producirt. Bringt man nun den die Tanie und deren Eier enthaltenden Darminhalt dieser Hunde jungen Schweinchen mit der Nahrung bei, so entwickelt sich in der Leber dieser Schweine in der That wieder ein multiloculärer Echinococcus und nicht der gewöhnliche uniloculäre. D—o.

F. Fischel und C. Enoch: Ein Beitrag zu der Lehre von den Fischgiften. (Fortschr. der Medicin. Bd. X. H. 8. 1892).

Beiden Autoren wurde ein ganz frisch verendeter Karpfen zur Untersuchung übergeben, welcher angeblich durch die Abwässer einer Seifenfabrik zu Grunde gegangen sein sollte. Bei der bakteriologischen Blutuntersuchung fanden sich jedoch als Todesursache unbewegliche Bacillen vor, welche theils einzeln theils zu Ketten vereinigt vorkamen. Die älteren Culturen zeigten in ihnen eine endogene Sporenbildung. Goldkarpfen mit der Bouilloncultur inficirt, geriethen anfangs in einen Betäubungszustand, von dem sie sich nach einigen Minuten erholten um hierauf unter Ekchymosenbildung zu verenden, in ihrem Blute fanden sich die inficirenden Bacillen. Eine Injection von Sporenemulsion rief anfangs keinen Effect hervor, aber nach 24—28 Stunden starben die Versuchsthiere unter ähnlichen Erscheinungen, wie die mit Bouillonculturen vergifteten. Auch hier liessen sich Reinculturen der erwähnten Bacillen aus dem Blute herstellen.

Bei Warmblütern erwiesen sich die Bacillen gleichfalls als pathogen. Auch bei ihnen gelang es aus dem Blute Reinculturen des fraglichen Mikroorganismus zu gewinnen.

Ferner wurde aus Bouillonculturen ein Toxin rein dargestellt, welches sich bei Warmblütern als lähmend für das Respirations- und Gefässcentrum erwies, wobei sich beobachten liess, dass das Herz die Respirationscentren noch eine Zeit lang überlebte.

Hunde, welche mit Brot gefüttert worden waren, das in derjenigen Brühe eingeweicht worden war, welche aus dem zugesandten Karpfen gekocht wurde, erkrankten ausnahmslos an heftigem Durchfall und einer zugleich an Erbrechen.

Auch in dem wässrigen Auszuge aus mit Reinculturen des Bacillen vergifteten Mäusen wurde dasselbe Toxin hergestellt, so dass hiermit der Beweis erbracht worden ist, dass im Thierkörper derselbe giftige Eiweisskörper intra vitam gebildet wird und deren Tod bedingt, wie auch in den Culturen des «Bacillus piscicidus», wie die Verff. ihn nennen wollen. Dieses Gift wird durch's Kochen zerstört. W. Gerlach.

A. Tochtermann: Ueber die Circulationsstörungen im epileptischen Anfalle. (Inaug. Dissertation. Dorpat 1892).

T. untersuchte sphygmographisch die Circulationsveränderungen sowohl im Verlaufe eines einseitigen als auch doppelseitigen epileptischen Anfalles, den er durch Reizung der Hirnrinde experimentell an Hunden erzeugte. Er fand hierbei, dass die Störungen der Circulationsverhältnisse in vier Stadien verlaufen, indem zunächst (St. 1) eine Blutdrucksteigerung mit Pulsbeschleunigung, darauf (St. 2) eine Verlangsamung der Herzthätigkeit und endlich (St. 3) ein noch weiteres Steigen des Blutdrucks nachweisbar waren. Im dritten Stadium ist der Pulsschlag zum zweiten Male beschleunigt. Das vierte Stadium bildet die allmälige Herstellung des Zustandes vor dem Anfalle.

Bei den doppelseitigen Krämpfen sind die Curven verschieden, je nachdem wie schnell der Anfall von der einen Seite auf die andere übergreift. Findet dieses Uebergreifen so langsam statt, dass die andere Körperhälfte erst dann ergriffen wird, wenn das 4. Stadium der ursprünglich ergriffenen Seite schon eingetreten, so reihen sich die vier erwähnten Stadien einfach an einander und man hat eine einfache Wiederholung des ersten Vorganges zu verzeichnen. Ist der Zeitraum zwischen dem Ergriffenwerden beider Körperseiten so kurz, dass der erste Anfall nicht Zeit hat abzulaufen, so rücken beide Curven gleichsam in einander und der Blutdruck steigt gleich rasch zu einer beträchtlichen Höhe an und hat nun das Bestreben dieselbe während des ganzen Anfalles zu behalten. Doch findet man dann eine zweimalige Pulsverlangsamung.

Nach Versuchen mit Curare ist der grösste Antheil an der Blutdrucksteigerung nicht der krampfhaften Muskelaction sondern der primären Erregung der vasomotorischen Centren zuzuschreiben. Ferner hat T. um die Wirkung der Herzaction auf den Blutdruck auszuschalten beide Vagi durchtrennt. In diesem Falle fehlte die Pulsverlangsamung im 2. Stadium, sonst wurden aber die Curareversuche bestätigt.

Erwähnenswerth ist noch folgender Schluss den T. macht: «ein schwacher Krampf in der willkürlichen Muskulatur kann von schweren Circulations-Erscheinungen gefolgt werden, anderseits braucht ein heftiger auch bei kranken Gefässen nicht gefährlich zu sein, denn nicht in den Zuckungen, sondern in dem Krampfe der glatten Gefässmusculatur liege die Gefahr und beide seien unabhängig von einander». W. Gerlach.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

G. de Ruyter und F. Kirchhoff: Compendium der allgemeinen Chirurgie. Berlin 1892. Verlag von S. Karger 260 Seiten.

Ref. ist nicht der Ansicht, dass Bücher, wie das vorliegende, von Nutzen sind. Es ist gewiss eine sehr dankbare, aber auch sehr schwierige Aufgabe, «die Grundprincipien, auf die das System der modernen Chirurgie aufgebaut ist», einheitlich darzustellen. Dass diese Aufgabe von der Bergmann'schen Schule in glänzender Weise gelöst werden würde, durfte man nach den bisherigen Leistungen wohl erwarten (die beiden Verfasser sind Bergmann's Assistenten gewesen und haben sich früher durch sehr gute Arbeiten hervorgethan). Doch sind die Verff. in ihrem offenbaren Streben nach Kürze viel zu weit gegangen; das Buch hat viele Lücken aufzuweisen und dürfte daher weder den Aerzten noch den Studirenden genügen. Die Art, wie bei Bergmann Asepsis geübt wird ist noch kürzlich von Schimmelbusch in seiner bekannten Publication viel besser dargestellt worden, als in dem vorliegenden Compendium. Unter den Wundinfectionskrankheiten hätte doch die Diphtherie auch erwähnt werden müssen. Die Syphilis ist so kurz abgehandelt, dass selbst ein junger Studirender aus diesem Kapitel keine Bereicherung seiner Kenntnisse entnehmen dürfte. Auch das Kapitel über Geschwülste reicht bei Weitem nicht an die betreffenden Darstellungen in den schon existirenden Lehrbüchern und Compendien heran. Wenn Verff. nur den Staphylococcus pyogenes aur. als Infectionserreger bei der Osteomyelitis acuta gelten lassen, so muss doch unter anderen auf die Ullmann'sche Arbeit aus der Albert'schen Klinik verwiesen werden, in der über den Befund einer ganzen Reihe von andern Mikroorganismen im osteomyelitischen Eiter berichtet wird. Unverständlich ist, dass allen eitererregenden Bacterien und Coccen ausser dem Streptococcus pyogen. und den verschiedenen Staphylococcen nur «akademisches Interesse» zugesprochen wird. Die durch Pneumoniecoccen erzeugten Pleuraempyeme und Gelenkeiterungen, die typhösen Knochenabscesse und vieles Andere sind doch wahrlich von aller grösster praktischer Bedeutung. In dem Krankheitsbilde der Pyämie dürfen die Gelenkeiterungen, die subcutanen und intermusculären Abscesse doch nicht unerwähnt bleiben.

Es liesse sich noch eine ganze Reihe derartiger Ungenauigkeiten und Unvollständigkeiten anführen. Doch genug. Sollte sich eine II. Auflage des Buches als nothwendig erweisen, so müsste eine vollständige Umarbeitung erfolgen.

Druck, Papier, kurz die äussere Ausstattung des Buches sind gut. Wanach.

Auszug aus den Protokollen der Medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 18. März 1892.

Herr Kieseritzky: Ueber chronische Arsenintoxication.

Nachdem Vortragender auf die in Dorpat zahreich ausgeführten chemischen Untersuchungen von Stoffen und Tapeten und die relative Häufigkeit des Nachweises von Arsen in denselben hingewiesen, bespricht er die bei der Herstellung der Anilinfarben angewandten Methoden, durch welche die Anilinfarben arsenhaltig werden. Einerseits wird Arsensäure als Oxydationsmittel benutzt, wobei die Farben später nicht genügend ausgewaschen werden, oder es kommen die billigen stark arsenhaltigen Fuchsinrückstände in Verwendung; andrerseits können arsenhaltige Beizen, welche zum Fixiren der Farben auf die Gewebe erforderlich sind, durch ungenügendes Auswaschen den Arsengehalt der Stoffe bedingen. Der in Stoffen und Tapeten enthaltene Arsen kann als arsenige

Säure von der äussern Haut, vom Magen, in den Lungen aufgenommen werden, am häufigsten bewirkt jedoch der aus arsenhaltigen Tapeten sich entwickelnde Arsenwasserstoff eine chronische Arsenintoxication. Ausser der Praedisposition sind für das Zustandekommen der letztern nach die Constitution, das Arsenpräparat und die Art der Aufnahme von Bedeutung. Nachdem Vortragender die Hauptsymptome der chronischen Arsenintoxication und den Nachweis des Arsens nach Dragendorff'scher Methode besprochen, erwähnt er zum Schluss die vom letzteren vorgeschlagene Classification der arsenhaltigen Stoffe und Tapeten hinsichtlich ihrer gesundheitschädlichen Wirkung und ihrer Zulassung zum Gebrauch.

Sitzung am 15. April 1892.

I. Herr Lezius berichtet über einen von ihm in der Petersburger geburtshülflichen Anstalt beobachteten Fall von totaler circulärer Abreissung der Portio vaginalis intra partum. — Die Pat., multipara, 33 a. n., wurde aufgenommen, nachdem der Blasensprung ausserhalb der Anstalt vor 8 Stunden erfolgt war; Portio verstrichen; Muttermund 2 Finger breit eröffnet; I Schädellage, ausserordentlich starke Wehen. Nachdem Pat. 7 Stunden lang gekreisst hatte, trat eine nicht unbedeutende Blutung auf, welche allen angewandten therapeutischen Massnahmen trotzte und erst nach 3 stündiger Dauer zum Stehen kam, nachdem der Kopf tiefer getreten war. Kein Fortschreiten der Geburt; bei Eröffnung von 4 Finger breit Forceps. Nach den ersten Tractionen zeigt sich in der Vulva ein schwarzblauer consistenter nicht reponirbarer Körper. Nach einer weitern Traction fällt der Körper aus der Scheide heraus, liegt wie ein Ring um das Schloss der Zange, die ihn also nicht gefasst hatte. Darauf wird ein lebendes Kind extrahirt. Wochenbett normal, vollständig reaktionslos. Die abgelöste Vaginalportion stellt einen Cylinder mit 2—3 Cm. langen Wänden dar, Durchmesser der Oeffnung 6 Cm. — Vortragender berichtet über 17 seither in der Literatur durchweg seltene einschlägige Fälle von Staude, Schauta, Löhlein, Streng, Breuss etc. Ueber die Ursache derselben gehen die Meinungen der Autoren aus einander, theils werden Beckenverengerungen, durch die eine Usurirung des Cervicalgewebes bewirkt wird, theils eine besondere Rigidität des Muttermundes als Grund angeführt. Andere hingegen glauben eine unverhältnissmässig stark ausgebildete Musculatur des Corpus uteri heranziehen zu müssen, oder auch eine abnorme Mechanik der die Portio dilatirenden Wehenkraft.

Als weitere Ursache figurirt abnorme Fixation der Cervix durch abgelaufene pathologische Processe. Ref. will bei dem von ihm beobachteten Falle ein Zusammenwirken mehrerer Umstände als Ursache ansehn. Zuerst die abnorm starken Wehen, der frühzeitige Wasserabfluss und die relativ lange Dauer der Geburt. Weiter ergab die mikroskopische Untersuchung in der abgerissenen Portio neben vielfachen Haemorrhagien ins Gewebe Structurverhältnisse, die vielfach an ein cavernöses Angiom erinnerten. Auch war die Conj. ext. (19 Cm.) an der Grenze des physiologischen Minimum.

Herr Meyer hält die Thatsache, das von 20 beobachteten Fällen 4 einen letalen Ausgang hatten und die vom Vortragenden daran geknüpfte im Ganzen gute Prognose derartiger Complicationen für klinisch nicht indifferent, — eine Mortalität von 20 pCt. sei entschieden als hoch zu bezeichnen. — Eine epikritische Deutung der mikroskopischen Präparate sei nicht gut möglich — Controllpräparate wären wünschenswerth. Die Aetiologie der Usurirung des Cervicalringes sei ihm unklar — weder die von Ahlfeld nach die von Breuss angeführten Momente seien genügend zur Erklärung dieser immerhin schlimmen Complication,

Herr Lezius führt die etwas hohe Mortalitätsziffer auf den Umstand zurück, dass die 4 letal endenden Fälle vor 1871 — also vor der antiseptischen Behandlung beobachtet worden sind. In Betreff der Deutung der pathologisch-anatomischen Präparate habe er sich ganz auf Prof. Thoma verlassen.

II. Herr Koppel macht Mittheilung über einen Fall von hochgradiger Schwäche und Dilatation des Herzens, vortheilhaft beeinflusst durch eine Milchcur.
(Erscheint demnächst in extenso in der St. Petersb. med. Wochenschrift).

Herr Ströhmberg hat den Eindruck, dass es sich hier um einen Patienten handelt, dessen Herz durch Alkoholmissbrauch degenerirt und durch Jahre lange übermässige Flüssigkeitsaufnahme compensationsunfähig geworden war. Zur Zeit, als Pat. in Behandlung trat, befand er sich vielleicht noch unter dem Einfluss der cumulativen Digitaliswirkung, wie denn auch später die Digitalis regelmässig schnell cumulativ zu wirken schien. Den günstigen Erfolg sieht Ströhmberg weniger in der Wirkung der Milch, als in dem Fortlassen der Herzmittel, Regelung der Diät und namentlich der Flüssigkeitsaufnahme.

Herr Hartge glaubt die diuretische Wirkung der Milch auf den Milchzucker zurückführen zu müssen, von welchem man 100,0 Gramm pro die geben kann.

In Betreff der Milchdiät seien die bisweilen individuell eminent stopfenden Eigenschaften derselben zu berücksichtigen. Er habe eine hochgradige Obstipation von 14 Tagen beobachten können, erst unter Chloroform wurde ein kindskopfgrosser mörtelharter Kothballen extrahirt. Es empfehle sich Abwechselung mit saurer Milch.

Herr Koppel führt die Compensationsstörung nicht auf übermässige Flüssigkeitsaufnahme zurück, erst im letzten Jahre sei Pat. vom Schnapsgenuss auf zwei Flaschen Bier täglich übergegangen, vielmehr auf gewisse Schädlichkeiten, welche einerseits durch die Influenza andererseits durch die Heirath begründet waren. Die spätere Wirkung der Digitalis beziehe er auf Kräftigung des Herzmuskels, den günstigen Erfolg sieht Koppel gerade in der Milchcur, womit ja auch eine Regelung der Flüssigkeitsaufnahme Hand in Hand geht. Mit dem Fortlassen der Herzmittel allein wäre wenig zu erreichen gewesen, auch eine Diätregelung hätte nicht viel genützt. Dies ist aus dem Högerstedt'schen Fall ersichtlich, wo die Patientin über 5 Monate in der Klinik lag und trotz Ruhe und Diät 3 Mal zur Milchcur übergegangen werden musste. Eine diuretische Wirkung der Milch konnte im mitgetheilten Fall nicht constatirt werden, da die Urinmenge sich während der Milchdiät nicht steigerte; der Stuhl war immer in Ordnung.

Sitzung am 6. Mai 1892.

I. Herr Gerlach: Beitrag zu der Lehre von den Elementarorganismen.
(Erscheint demnächst in extenso in der St. Petersburg. med. Wochenschrift).

II. Herr Jaesche bespricht einen Fall von Embolie der Centralarterie der Netzhaut, der neben den bereits recht zahlreichen veröffentlichten Fällen durch seinen Verlauf einiges Interesse beanspruchen darf. — Er betrifft einen kräftigen Mann von 56 Jahren, der vielfach an rheumatischen Schmerzen gelitten und zwei Mal Anfälle von Nierenkolik mit Abgang eines Steines gehabt hat; ein Herzfehler konnte nicht nachgewiesen werden. Am 3. März a. c. bemerkte Pat. beim Aufstehn eine totale Verdunkelung des linken Auges. Die am Tage darauf vorgenommene ophthalmoskopische Untersuchung ergab zunächst eine sehr hochgradige Blutleere der Netzhautgefässe, zumal der Arterie, während das charakteristische Bild einer Embolie der Centralarterie mit rothem Fleck der Macula lutea, inmitten der weisslich getrübten Retina, erst am nächsten Tage hervortrat. Zugleich bemerkte man am Anfange der Art. ret. sup. eine mehr ausgedehnte rothe Stelle und könnte hier einen embolischen Pfropf annehmen, der aber wahrscheinlich in den gemeinsamen Arterienstamm hinabreichte. In den folgenden Tagen veränderte sich dieses Bild nicht auffällig, doch trat eine allmählich zunehmende Aufhellung des Sehfeldes ein, von aussen und oben nach innen-unten fortschreitend. Das legte die Vermuthung nahe, dass am embolischen Pfropf vorüber ein zunehmendes Einströmen von Blut in die untere Netzhautarterie zu Stande komme und vielleicht noch andere feinere Arterienstämmchen an der Bildung eines collateralen Kreislaufes sich betheiligten. — Dabei wurde ein Farbenbild des ophthalmoskop. Befundes und eine am 3. Tage der Erkrankung aufgenommene Zeichnung des Sehfeldes vorgelegt. — In der nächsten Zeit schritt die Besserung ganz allmählich fort. Unterdessen aber erkrankte Pat. an einer Lungenentzündung und stellte sich erst nach der Genesung wieder vor. Am 8. April ergab die Untersuchung eine Wiederherstellung des Sehvermögens im Umfange des Gesichtsfeldes, bis auf eine nicht ganz gleichmässige Verdunkelung im Centrum desselben. Die Buchstaben einer etwas grössern Schrift werden mit dem linken Auge erkannt, aber zusammenhängendes Lesen ist wegen dunkler Flecken nicht möglich.

Die perimetrische Untersuchung ergab an diesem Tage zwei grössere längliche verdunkelte Stellen, dicht über und unter dem Centrum des Gesichtsfeldes und auch das Centrum selbst ist nicht ganz frei. z. Z. Secretär: Dr. Robert Koch.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Prengrüber berichtet über einen 9jährigen, an Idiotie und Mikrocephalie leidenden Knaben, den er erfolgreich mit der Craniectomie behandelt hat. Unmittelbar nach der Operation konnte eine Besserung der geistigen Fähigkeiten beim Knaben constatirt werden: sein Gesichtsausdruck war vortheilhaft verändert, sein Urtheilsvermögen vorgeschritten und seine Sprache verständlicher. Während er vor der Operation den Speichel laufen liess, wischte er ihn am Tage nach der Operation von selbst ab, reinigte sich auch die Nase, was vorher nie geschah. Er konnte eine kleine Trompete blasen und sich in passender Weise mit dem ihm gereichten Spiel-

zeuge amüsiren, während er vor der Operation nicht wusste, was er mit dem Spielzeuge beginnen sollte, er verlangte nach einem Gefäss zum Uriniren, was vorher niemals der Fall gewesen. Die unmittelbar nach der Craniectomie eingetretene Besserung lässt sich dadurch erklären, dass das Gehirn von einem allgemeinen und örtlichen Druck entlastet worden und dass ein reichlicher Blutzufluss nach den so lange comprimirten Nervenelementen hergestellt worden ist.

(Sem. médic. Nr. 5, 1892).

Vermischtes.

— Ernannt: Der Gehilfe des Medicinal-Inspectors des St. Petersburger Hafens, Wirkl. Staatsrath Dr. Rambach — zum Oberarzt des St. Petersburger Marinehospitals.

— Die unter dem Protektorat Sr. Kaiserlichen Hoheit des Grossfürsten Paul Alexandrowitsch stehende Russische Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit veranstaltet mit Allerhöchster Genehmigung im Frühjahr 1893 die erste Allrussische hygienische Ausstellung, die in folgende Sectionen zerfällt:

1. Biologische Section unter Leitung des Akademikers W. W. Paschutin und des Prof. Th. J. Pasternazki.
2. Sanitäre und medicin. Statistik, Epidemiologie und med. Geographie unter Leitung von Prof. J. E. Janson und Priv.-Doc. A. A. Lipski.
3. Hygiene bewohnter Ortschaften, öffentlicher und privater Gebäude, und Gewerbeetablissements; Hyg. der Ernährung; Hygiene der Kleidung; Erhaltung der Reinlichkeit und Desinfection; Hospitalswesen und andere prophylaktische Maassnahmen unter Leitung von Dr. M. N. Schmelew und Architekt Graf Suzor.
4. Hygiene der Erziehung und Bildung unter Leitung von Dr. Wirenius und M. M. Stassjulewitsch.
5. Geologische, klimatologische und balneologische Section unter Prof. E. W. Pawlow und Priv.-Doc. S. L. Popow.

Jede Section zerfällt in specielle Unterabtheilungen. Anmeldungen über auszustellende Gegenstände und über die Grösse des gewünschten Platzes (in Quadratarschinen) sind spätestens bis zum 1. September 1892 unter folgender Adresse einzusenden: Бюро Всероссійской Гигіенической Выставки 1893 г. С.-Петербургъ, Дмитровскій пер. д. 15.

(Вѣстникъ Европы, Іюль 1892).

— In Paris hat sich eine «Ligue contre le cancer» gebildet, die sich die Aufgabe gestellt hat Forschungen über den Krebs anzuregen, zu centralisiren und wenn möglich die Heilung dieses «Schandflecks für die heutige Chirurgie» anzubahnen. Durch Congresse, Aussetzen von Preisen, Publicationen wird die «Ligue» alle auf den Krebs bezüglichen Fragen zu fördern suchen. Ehrenpräsident der «Ligue» ist Verneuil, Präsident Duplay, Vicepräsidenten Trasbot, Straus, Metschnikoff; Generalsecretär Paul Reclus, Secretäre Ricard, Brault, Cazin, Schatzmeister G. Masson. Mitglied der «Ligue» kann Jeder werden, der einen einmaligen Beitrag von 300 Frcs. oder einen Jahresbeitrag von mindestens 20 Frcs. zahlt.

Anmeldungen und Geldbeiträge sind an G. Masson, Paris, 120 Boulevard St. Germain zu schicken.

— Professor Dr. Virchow (Berlin) wird, wie das Moskauer Blatt «Russkája Wedomosti» meldet, an den in Moskau stattfindenden internationalen Congressen für prähistorische Archäologie und Antropologie, sowie für Zoologie theilnehmen und beabsichtigt gleichzeitig Beobachtungen über die Cholera in Russland anzustellen.

— Ueber das tragische Ende des Dr. Alexander Moltschanow in Chwalynsk (cf. diese Wochenschrift Nr. 29) berichtet der «Wratsch» Folgendes. M. war mit seiner Stellung in Chwalynsk unzufrieden und beabsichtigte im Juni seine dortigen Verbindungen zu lösen und nach Petersburg überzusiedeln. Da erhielt er von der Gouvernementsverwaltung die Aufforderung, sich als Arzt an der zu errichtenden Cholerabaracke anstellen zu lassen und hielt sich verpflichtet dieser Aufforderung nachzukommen. Als Mitglied der städtischen Sanitätscommission gab er eine Brochüre über die Cholera heraus und beaufsichtigte den Bau der Cholerabaracke. 2 Tage vor seinem Tode erfuhr M. von den Unruhen die sich im Volk vorbereiteten; trotz wiederholter eindringlicher Warnungen seiner Bekannten hielt M. es für unvereinbar mit seiner Pflicht, seine Thätigkeit zu unterbrechen. Am 30. Juni um 6 Uhr Abends war M. mit der Beaufsichtigung des Barackenbaues beschäftigt, als die Wuth des durch unsinnige Gerüchte gereizten Pöbels losbrach. Zunächst wurden die Häuser der Mitglieder der Sanitätscommission überfallen und die Aerzte gesucht. Dr. Popoff gelang es sich zu vestecken. Jetzt begab sich ein Volkshaufe zum Cholerahospital um M. dort zu finden. Ueber diesen hatten sich besonders schlimme Gerüchte verbreitet; er sollte als «Choleradoctor» zuerst sich schriftlich verpflichtet haben, die Cholera in die Stadt zu lassen und das Wasser zu vergiften. Dem nahenden Pöbelhaufen entkam M. zu Pferde und begab sich in die Stadt um seine Familie zu retten. Hier fand er Alles in vollem Aufruhr und flüchtete in das Haus eines Herrn B. Sein Versteck soll von Strassenjungen verrathen worden sein. Als sich der Pöbelhaufe dem Hause näherte kam M. aus diesem heraus und wurde sofort überfallen. Zweien Geistlichen gelang es für kurze Zeit das Volk zum Ablassen zu überreden. Dann aber gewannen einige Aufwiegler die Ueberhand, die Geistlichen wurden zur Seite geworfen und mit unmenschlicher Wuth wurde M. misshandelt. Schon lag er regungslos, als der Pöbel von ihm abliess; da versuchte M. sich mit Aufbietung seiner letzten Kräfte zu erheben. Jetzt stürzte der Haufen wieder auf ihn, warf ihn in die Luft um ihn auf das Pflaster fallen zu lassen, schlug ihn, stiess seinen Kopf gegen die Steine, trat ihn mit Füssen bis seine Leiche bis zur Unkenntlichkeit entstellt war. Die Leiche wurde dann ausgeplündert und von Strassenjungen, Weibern u. s. w. durch Anspeien und Aehnliches geschändet. Als der Haufe weiter zog, wurden Leute zurückgelassen, die es nicht zugaben, dass der Leichnam fortgebracht wurde. Erst nach vielen Stunden konnte er in seine Wohnung transportirt werden. Am 2. Juli fand die Beerdigung statt. Schwerlich lässt sich etwas Traurigeres und Ergreifenderes denken als dieses furchtbare Ende des selbstlosen, pflichttreuen Mannes, der seine letzte Arbeit Denjenigen gewidmet hat, die ihn in sinnloser Leidenschaft und blindem Fanatismus zu Tode marterten. Quiescat in pace!

— Die Cholera hat wiederum Fortschritte gemacht. Neue Erkrankungsheerde haben sich in Pensa, Ufa, im Poltawschen Gouvernement gebildet. Seit dem 10. Juli ist die Seuche Moskau näher gerückt, indem in Rjasan Erkrankungsfälle aufgetreten sind.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 19. Juli d. J. 5323 (51 weniger als in der Vorwoche), darunter 260 Typhus — (3 mehr), 580 Syphilis — (11 weniger), 22 Scharlach — (4 weniger), 12 Diphtherie — (2 mehr) und 10 Pockenkranke (1 mehr als in der Vorwoche).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 12. Juli bis 18. Juli 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
254	244	498	144	62	81	8	9	17	39	30	25	30	29	20	4	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 11, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 4, Masern 14, Scharlach 5, Diphtherie 4, Croup 0, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 11, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 73, Tuberculose anderer Organe 4, Alkoholismus und Delirium tremens 0, Lebensschwäche und Atrophia infantum 48, Marasmus senilis 14, Krankheiten des Verdauungscanals 109, Todtgeborene 19.

◆ Die Bibliothek des Vereins St. Petersburger Aerzte wird im Laufe des Sommers zugänglich sein am Dienstag und Freitag von 4—6 Uhr und am Mittwoch im Laufe des ganzen Tages.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Liteiny Prospect, № 55, Qu. 13 zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sountags.

№ 31 St. Petersburg, 1. (13.) August **1892**

Ein Beitrag zur Lehre von den Elementarorganismen.

Vortrag gehalten am 6. Mai 1892 in der Dorpater Medicin. Gesellschaft.

Von

Dr. Wold. Gerlach,

Assist. d. Universit. Abtheil. d. Dorpat. Bezirkshospitals.

M. H.! Nachdem die Lehre von den Elementarorganismen durch den Nachweis, dass die höher organisirten Pflanzen und Thiere als eine Colonie einzelner Lebewesen, der sogenannten Zellen, aufzufassen seien, einen festeren Boden gewonnen hatte, als bislang, wo man sich die Elementarorganismen bald als Fädchen bald als Kügelchen vorzustellen pflegte, hat sich der Satz: «die Zelle sei das wirklich letzte Formelement aller lebendigen Erscheinungen sowohl im Gesunden als auch im Kranken» in der Medicin zu einem fast unantastbaren Dogma emporgeschwungen. Anders war es in der Biologie: hier wollten die Stimmen nie ganz verstummen, welche die alten Anschauungen wieder zur Geltung zu bringen suchten, nach welchen die letzten Lebewesen viel kleinere Theilchen sein sollten, als es die Zellen sind. Da sie jedoch keine neuen Thatsachen beizubringen verstanden und mehr speculativ verfuhren, so gelangten sie nicht zu einer ernsteren Geltung, obschon z. B. das Vorkommen von Mikroorganismen uns doch deutlich zeigen müsste, dass ein sehr intensives Leben auch da vorhanden sein kann, wo von Zellen in unserem Sinne wohl kaum die Rede ist; denn die Behauptung, die Mikroben seien ebenso gebaut, wie die Zelle, nur sei uns wegen der Kleinheit der Einzelbestandtheile ihr feinerer Bau nicht zugänglich, entbehrt jeder thatsächlichen Grundlage. Und in der That erscheint mir die Lehre von der biologischen Untheilbarkeit der Zelle durch eine im Jahre 1890 in Leipzig erschienene Monographie von Richard Altmann über Elementarorganismen stark erschüttert zu sein, und neuerdings bin auch ich in den Besitz einer Thatsache gelangt, welche einen wesentlichen Einwand gegen die Altmann'sche Anschauung zu widerlegen geeignet erscheint.

Dieser Befund erhebt sich aber nur im Lichte der Altmann'schen Theorie über das Niveau eines einfachen Curiosum's; deswegen bin ich gezwungen, bevor ich zu dessen Schilderung übergehe, zunächst die erwähnte Monographie einer genaueren Besprechung zu unterziehen. Altmann behauptet nämlich, die Zellen seien keine Elementarorganismen, sondern blos Colonien von solchen mit eigenartigen Gesetzen der Colonisation, und definirt demnach das Protoplasma als eine Colonie von Bioblasten, deren einzelne Elemente, sei es nach Art der Zoogloea, sei es nach Art der Gliederfäden gruppirt und durch eine indifferente Substanz verbunden seien. Dabei giebt er durchaus die Möglichkeit zu, dass auch die von ihm als indifferent bezeichnete Zwischensubstanz ein differenzirtes Gewebe sei. Es gelang ihm diesem Satz eine feste Grundlage zu verleihen, indem er mit Hilfe einer eigenen Fixirungs- und Fuchsinfärbemethode die Zusammensetzung der Zellen aus mikrokokkenähnlichen Körnern direct nachweisen konnte. Diese Körner nun belegt der Verfasser mit dem Namen «Bioblasten» und weist darauf hin, dass sie noch heute in der Natur ihre analogen Vertreter in den Mikroorganismen haben. Damit will er jedoch den Satz Virchow's «omnis cellula e cellula» nicht hinfällig machen, da die Bioblasten nach ihm nicht mehr selbständig zu werden vermöchten, und unterscheidet er sich hierin wesentlich von anderen Autoren, welche noch heute die Zellen durch Zusammentritt einzelner Elementarkörner entstehen lassen. Dieser Vorgang habe aber durchaus in jenen geschichtlichen Perioden stattgefunden, die den mikroskopischen Elementen gerade so eigen seien, wie den gröberen Formen der Lebewesen auch. Mit anderen Worten: die Zelle hat sich genau ebenso aus einzelnen Bioblasten aufgebaut, wie z. B. einst der Mensch aus einzelnen Zellen entstanden ist. Den directen Beweis der Vitalität seiner Bioblasten zu erbringen sucht Altmann auf zwei Weisen. Zunächst weist er, um den Einwand zu entkräften, dass die Art

und Weise, wie sich das Protoplasma in der Pflanzenzelle bewegt, doch mehr dafür spricht, dass die in demselben sichtbaren Körner mechanisch von der Zwischensubstanz fortgerissen werden, dass also nicht die corpusculären Elemente, sondern die Intergranularsubstanz das Lebendige sei, auf die Analogie mit beweglichen Zoogloeaformen hin. Dass in diesen die Körner die Lebensträger, die Kittmasse jedoch todt ist, ist bislang noch von Keinem angezweifelt worden und doch bewegen sich beim Proteus vulgaris die Einzelwesen als Ganzes, indem sich am Rande der Colonien schwärmende Ausläufer ablösen. Andrerseits giebt es eine Reihe von Pigmentzellen bei denen die Pigmentkörner eine von der Zwischensubstanz unabhängige Beweglichkeit zeigen. So sammeln sich die Pigmentkörnchen der Retina eines Frosches auf Lichtreiz hin um die Zellkerne herum, und die Ausläufer erblassen, ohne in den Zellleib zurückgezogen zu werden. Beim Chamäleon ist dieses Pigmentzellenspiel sogar direct vom Nervensystem abhängig.

Ferner hat Altmann versucht den Beweis zu erbringen, dass eine Reihe vitaler Vorgänge innerhalb der Zelle an die Granula gebunden ist. Zu diesem Zwecke untersuchte er, wie sich seine Bioblasten in den fettbildenden oder fettresorbirenden Zellen am Darme und in den Fettdrüsen und deren Verwandten an dem specifischen Processe betheiligen. Diese theils von ihm persönlich, theils unter seiner Leitung angestellten Forschungen ergaben eine ganze Reihe interessanter Thatsachen, die an dieser Stelle in aller Kürze erwähnt werden sollen. So geht z. B. die Fettproduction innerhalb der Talgdrüsen der Kaninchen und Meerschweinchen so vor sich, dass die Zellgranula sich zunächst mit einem durch Osmium sich schwärzenden Ringe umgeben, der immer deutlicher und deutlicher wird, bis er schliesslich als Fetttröpfchen imponirt, das nun in den Ausführungsgang der Drüse ausgestossen wird. In der Tritonenleber fanden sich bei der Fettansammlung daselbst gleichfalls schwarze Ringe, als deren Centrum sich nach Extraction des Osmiums Residua der Bioblasten erwiesen, welche die specifische Färbung zeigten. Auch in den Speicheldrüsen betheiligen sich an der Secretbildung die Protoplasmakörner. So konnte z. B. an der Parotis der Katze beobachtet werden, wie sich bei der Secretion zunächst die rothe Fuchsinreaction der Zellengranula verlor und diese dann zum Secret wurden. Bei der Milchdrüsenthätigkeit der Meerschweinchen wiederum fand Altmann Andeutungen, dass der Eiweissgehalt der Milch wahrscheinlich durch den Zerfall seiner Bioblasten geliefert werde. Als letztes Beispiel ist noch die Abhängigkeit der Fettbildung in den Fettorganen von den Granulis hervorzuheben.

In Bezug auf die Fettresorption durch die Darmepithelien fand Altmann, dass auch hier die Bioblasten eine sehr grosse Rolle zu spielen scheinen, indem das gelöste, und nicht wie man früher annahm das emulgirte, Fett zuerst als Ringlein um dieselben nachweisbar wird. Uebrigens hat man in neuester Zeit gegen diese Auffassung Einwand erhoben, doch ist hier nicht der Ort darauf näher einzugehen; ich persönlich möchte mich Altmann anschliessen.

Zu allerletzt kann als Analogie zu den Mikroorganismen noch die Thatsache angeführt werden, dass bei einer mit Phosphor vergifteten Rana esculenta, die Leberzellgranula Formen angenommen hatten, welche grosse Aehnlichkeit mit den Involutionsformen von Spaltpilzen zeigten, die unter abnormen Bedingungen zu vegetiren gezwungen sind.

Aeusserst interessant ist auch die praehistorische Zellengenese, wie sie von Altmann aufgestellt worden ist, da sie sich durchweg auf noch heute lebende Analogien im Thierreiche stützt. Als Ausgangspunkt wählt er den Zeitpunkt, wo seine Bioblasten als Colonie zu einer Zoogloea vereint in der Art wie der Proteus vulgaris beweglich werden. Erlangt nun eine solche Colonie im Laufe der Zeit die Fähigkeit auch noch umflossene Fremdkörper chemisch zu verändern und als Nahrung in sich aufzunehmen, so ist damit die erste Stufe eines selbständigen Organismus erreicht und man hat vor sich ein Wesen, welches vollkommen analog ist den Häckel'schen Protamoeben oder Cytoden, und welches sich durch eine vollkommene Gleichstellung der es zusammensetzenden Einzelwesen auszeichnet. Indem sich nun dieses neue Lebewesen, ganz in der Art wie noch heute gewisse Protozoen, incystirt und nur noch mit Pseudopodien mit der Aussenwelt in Verbindung zu treten im Stande wird, kommt es mit der Zeit zu einer Differenzirung der einzelnen Bioblasten in Kern- und Zellleib. Die Pseudopodien erlangen nämlich bei einigen Protozoen eine solche Mächtigkeit, dass man gezwungen wird das ganze Thier in einen Aussen- und einen Innenkörper zu trennen. Diese beiden haben anscheinend eine verschiedene Thätigkeit, indem z. B. die Nahrungsaufnahme blos durch den Aussenkörper erwähnter Lebewesen vermittelt wird. Es ist also auch ohne Weiteres klar, dass bei einer noch ausgesprocheneren Arbeitstheilung die physikalischen und chemischen Verhältnisse einen so deutlichen Unterschied zwischen dem Aussen- und Innenkörper zeigen können, dass schliesslich aus der ursprünglichen Zoogloea ein in Zellkern und Zellleib differenzirbares Lebewesen wird.

Noch heute sieht man[1]) diese Abhängigkeit beider Gebilde von einander an vielen Eizellen, welche ja ohne Weiteres als Grundtypen der Zellenformen betrachtet werden dürfen, und zwar zunächst an der radiär vom Kerne ausgehenden Structur des Leibes, dann aber besonders deutlich bei der Furchung gewisser Eier, wo der Vorgang derselben so verläuft, dass an den Kernpolen die Grenzlinie schwindet und nun die Radien des Zellleibes direct in's Innere des Kernraumes eindringen. Hierauf sammelt sich die Chromatinsubstanz im Aequator und der ganze frühere Zellleib gruppirt sich nun derart um die neuen noch chromatinfreien Centra, dass von einer Scheidung des Eiinhaltes in Zellkern und Zellleib keine Rede mehr sein kann. Auch eine physiologische Beeinflussung des Protoplasmas durch den Kern ist bei den erwähnten Pigmentzellen nachweisbar durch den Umstand, dass sich bei diesen die Pigmentkörnchen auf gewisse Reize hin zum Kerne hinbewegen.

Späterhin, als sich auch die Zellen zu Verbänden zu organisiren begannen, trat in Folge der Arbeitstheilung von Neuem eine gewisse Emancipirung der Bioblasten vom Kerne ein. Diese Decentralisation des Protoplasmas habe seine grösste Intensität bei der Muskelzelle erreicht, wo sich die Bioblasten als Ketten angeordnet zu Muskelprimitivfibrillen ausgebildet hätten.

Dieses wäre der Inhalt der Altmann'schen Lehre von den Elementarorganismen, welche ich im Vorliegenden mit grösstmöglicher Anlehnung an das genannte Werk wiederzugeben versucht habe. So bestechend sie ist, so muss dennoch zugegeben werden, dass ein unzweifelhafter Beweis für das Lebewesensein der Bioblasten so lange nicht erbracht ist, als bis ein isolirtes Vorkommen derselben, wenn auch nur ein einziges Mal direct beobachtet worden ist. Denn die Fettbildungsvorgänge sind nicht eindeutig: der Ort der Ansammlung der Stoffwechselproducte muss nicht auch der Ort ihrer Erzeugung sein. Man denke blos an die Leber und die Gallenblase. Die Umbildung der Granula zum Speichelsecret beweist auch nichts weiter, als dass die Bioblasten Theile des Protoplasmas sind, folglich auch leben, nicht aber dass sie Wesen an sich seien.

Diese Lücke hoffe ich, m. H., nun durch die Mit-

[1]) Nach Altmann referirt.

theilung eines Befundes in einem Teratom, welches übrigens zu ganz anderen Zwecken von mir untersucht worden ist, zu füllen. Von der Voraussetzung ausgehend, dass ein unter so abnorme Entwickelungsverhältnisse gesetzter Keim leicht Missbildungen erzeugen könnte, welche bei günstigem Zusammentreffen der Verhältnisse einiges Licht auf den Urzustand des Menschen zu werfen geeignet wären, habe ich dasselbe sehr genau durchmustert. Dass hierbei dem Zufalle die Hauptrolle zukommen musste, ist ohne Weiteres klar. Dennoch erscheint mir in Anbetracht der Erfüllung meiner Erwartungen eine häufigere Durchsuchung teratoider Neubildungen von diesem Gesichtspunkte aus wünschenswerth. Ich habe in der That unter hunderten von Schnitten blos ein einziges Präparat verwerthbar gefunden, doch ist dasselbe meiner Meinung nach so eindeutig, dass es genügt, um Schlüsse darauf zu bauen. Ich lege es Ihnen hiermit vor:



Seibert's Objectiv V^b + Ocul. d. Oberhäuserschen Camera. Abstand d. Bildes vom Prisma 25 cm. Einzelheiten halbschematisch.

a u. b Muskelprimitivfibrillen, c Sehnenbündel, d bindegewebige Flocke (Hämatoxylin).

Es handelt sich um einen Querschnitt durch ein syringomyelitisches Rückenmark, in dessen pathologischer Höhlung in der Nähe der Medulla oblongata ein unzweifelhaftes kleines Teratom befindlich war, durch welches der vorgelegte Dünnschnitt geht. Bei Betrachtung mit schwacher Vergrösserungslinse sieht man in einer lateralen Ecke des frontalen Spaltes des krankhaften Rückenmarks unter den Elementen des hier eingeschlossenen Teratomes einige bindegewebige, als Sehnen zu deutende Gebilde eingelagert. Das grösste von ihnen hat eine dreieckige Gestalt, deren eine Seite frei in's Lumen des Teratomes sieht. Etwa in der Mitte dieses freien Randes befindet sich ein kleiner Vorsprung, an welchen sich eine kleine anscheinend bindegewebige Flocke anschliesst. Von dieser Flocke nun zieht sich zum zunächst gelegenen Winkel des erwähnten bindegewebigen Dreiecks ein äusserst feines, abwechselnd blau und farblos erscheinendes Bändchen — das Präparat ist mit Hämatoxylin gefärbt — vollkommen frei durch das Teratomlumen und ist nur von der Einbettungsmasse allseitig umgeben. Bei Betrachtung mit starken Linsen erweist es sich als ein ganz isolirtes Bündel von drei Muskelprimitivfibrillen. Eine weitere Muskelprimitivfibrille liegt dem Rande der kurzen Seite des bindegewebigen Dreieckes auf, ist jedoch wegen der intensiven Färbung der Grundlage nicht gut sichtbar. Sonst in unmittelbarer Nähe kein ähnliches Gebilde, wohl aber in einiger Entfernung davon. Auch in den oberhalb und unterhalb liegenden Schnitten an der den drei Primitivfibrillen entsprechenden Stelle keine musculären Elemente.

Zunächst muss ich hervorheben, dass diese Primitivfibrillen kein Kunstproduct sein können, denn man kann bei genauerer Betrachtung deutlich sehen, wie sie an die Flocke d inseriren, indem ihre Enden mit einer Biegung sich in dieselbe einsenken; sowohl oberhalb als unterhalb befindet sich eine Lage Celloidin, was man einerseits durch's Verstellen der Mikrometerschraube, anderseits durch zufällige Auflagerungen einiger Krystalle auf das Präparat feststellen kann. Folglich verdanken die uns interessirenden Fibrillen dreien Möglichkeiten ihre isolirte Existenz: sie könnten Reste einer zerfallenen Muskelfaser sein, sie könnten auch das aufgefaserte Ende einer solchen darstellen, endlich könnten diese drei Primitivfibrillen aus Einzelelementen einer zerfallenen Muskelbildungszelle hervorgewachsen sein. Diese letzte Möglichkeit ist jedoch zu hypothetisch, als dass ich darauf irgendwie eingehen dürfte. Ein aufgefasertes Ende einer Muskelzelle sind sie auch nicht, da man die ganz unregelmässige Flocke unmöglich als den Querschnitt einer solchen ansprechen wird. Ich darf daher wohl mit grösster Wahrscheinlichkeit die Herkunft dieser Muskelprimitivfibrillen von dem Zerfall einer früheren Muskelzelle herleiten.

Welcher Art die Processe waren, welche den Tod der ursprünglichen Muskelzelle bedingt hatten, wird wohl kaum zu eruiren sein, was übrigens auch ganz belanglos im gegebenen Falle ist, von Bedeutung zu sein scheint mir aber Folgendes. Wenn diese Muskelzelle einmal zu Grunde gegangen war, so hätten alle ihre Bestandtheile absterben müssen und wären resorbirt worden, sobald die Muskelzelle das letzte Lebenselement wäre. Konnte aber trotz des Unterganges der Mutterzelle ein Element derselben noch weiter existiren, so musste es an sich lebensfähig gewesen sein. Bedenkt man die Art und Weise, wie eine Muskelfaser abstirbt, dass dabei zunächst der Inhalt seine Structur verliert bis endlich das Sarkolemma nur noch einen flüssigen, körnigen Brei beherbergt, so muss man annehmen todte Muskelprimitivfibrillen könnten so lange in dieser todten Masse unbeschadet ihrer Form bestehen, bis alles Abgestorbene und Zerfallene durch Resorption fortgeschafft wäre und dann müssten sie noch soviel Resistenzfähigkeit besessen haben um diesen resorbirenden Einflüssen solch' einen Widerstand zu leisten, dass sie noch gegenwärtig als unveränderte Primitivfibrillen imponiren, obwohl von der ganzen Zelle keine Spur mehr nachgeblieben ist. Dass ein todtes Gebilde so starken und langdauernden zerstörenden Einflüssen Trotz bieten sollte, muss als durchaus unwahrscheinlich bezeichnet werden. Ferner weist die Abwesenheit aller Leukocyten darauf hin, dass diese drei Muskelprimitivfibrillen von der Umgebung nicht als Fremdkörper empfunden worden sind, und diesen Effect müssten sie doch ausgeübt haben, sobald sie todt gewesen wären. Auch spricht für ihr Leben noch der Umstand, dass sie innerhalb einer Flüssigkeit liegend, von dieser nicht macerirt worden sind. Es liesse sich noch so Manches in dieser Hinsicht sagen, stets wird aber der Umstand, dass die beschriebenen drei Muskelprimitivfibrillen resistenzfähiger waren, als ihre Mutterzelle unbegreiflich erscheinen, sobald man ihnen eine selbständige Lebensfähigkeit absprechen wollte.

Es bleibt also nichts Anderes übrig, als den Gedanken fallen zu lassen, die Zelle sei ein Elementarorganismus, und nach der Kenntnissnahme der Altmann'schen Monographie erscheint der Entschluss hierzu auch durchaus nicht gewagt.

Es stützt demnach der geschilderte Befund isolirt vorkommender Muskelprimitivfibrillen nicht nur die Bioblastentheorie, sondern schliesst auch die Beweisführung zu Gunsten derselben ab, da auf diese Weise gezeigt ist, dass die Zellen nicht blos aus Körnern aufgebaut sind, an welchen sich wichtige Lebensvorgänge abspielen, sondern dass diese Elementartheile unter ganz besonders günstigen Verhältnissen auch ganz unabhängig von der Mutterzelle bestehen und sich erhalten können.

Referate.

Ferd. Hueppe: Ueber die Aetiologie und Toxicologie der Cholera asiatica. (Deutsch. medic. Wochenschrift. 1891. Nr. 53).

Nachdem H. sich gegen die Anhänger der Ansicht wendet, dass der Kommabacillus nur einen diagnostischen Werth besitze oder mit anderen Worten kein pathogener Bacillus sei, weist er darauf hin dass derselbe sowohl bei Luftgegenwart als auch bei Luftabschluss zu leben vermag und dass er seine grösste Giftigkeit nur unter letzter Bedingung entfalte. Bei dem anaeroben Leben im Darme werde er nun in Folge der anaeroben Zersetzung des dort vorhandenen Nährmateriales besonders gefährlich für seinen Wirth, aber gegen äussere Einflüsse sehr wenig resistent und so ungeeignet zur directen Uebertragung vom Menschen auf den Menschen. Deswegen sei eine contagiöse Verbreitung der Krankheit als eine Ausnahme zu betrachten. Bei aerobem Wachsthume dagegen verlieren sie zwar in mehr oder weniger hohem Grade ihre Virulenz, werden jedoch bedeutend widerstandsfähiger gegen von aussen auf sie eindringende Einwirkungen. Gelangen sie nun in einen geeigneten Organismus, so können sie nicht ohne Weiteres unschädlich gemacht werden und rufen die charakteristische Intoxication des befallenen Wesens hervor, so dass die Cholera in der Regel als durch Miasma, d. h. durch einen ausserhalb des kranken Körpers zur Entwicklung kommenden Krankheitserreger, entstanden zu betrachten sei.

Zur Klarlegung der Frage nach der Natur des Choleragiftes liess Verf. die Kommabacillen unter Luftabschluss auf höheren, wenig veränderten Eiweisskörpern, also auf rohen Eiern, züchten und erhielt auf diese Weise beträchtliche Mengen eines charakteristischen zu den Peptonen gehörigen Giftes, welches Meerschweinchen bei 0,2 G auf ein Kg. Körpergewicht tödtete und zwar unter folgenden Erscheinungen: Lähmung der Glieder, Schwinden des Cornealreflexes und schliesslich Zuckungen in den Extremitäten. Bei der Section fand sich starke Hyperämie des Dünndarmes, der Nieren und diastolischer Stillstand des Herzens. Dieses «Choleratpepton» ändert sich bereits beim Eindampfen seiner Lösung bei 45° im Luftvacuum und verliert seine charakteristische Giftigkeit.

Zum Schluss spricht Verf. die Meinung aus, dass als bestes Mittel bei der Cholera das Salol zu bezeichnen sei, weil es am besten die Choleramikroben töte und dadurch eine zu ausgedehnte Zerstörung des Darmepithels verhindere, welch letzteres als Schutzdecke gegen das Eindringen von giftigen Stoffen in den Kreislauf zu betrachten sei. W. Gerlach.

Prof. E. Maragliano (Genua): Klinische Formen der Lungentuberculose. (Berlin. klin. Wochenschrift, Nr. 12, 1892).

Zunächst wird der Leser auf die auffallend grosse Ungleichartigkeit des Verlaufes der tuberculösen Erkrankungen aufmerksam gemacht. Wohl ist bekannt dass der Koch'sche Bacillus durch seine chemische und mechanische Wirkung Ernährungsstörungen in den Geweben hervorruft. welche die Bildung der bekannten Tuberkelknötchen zur Folge haben. Wir wissen jedoch nicht, in welchem Maassstabe wir für die späteren Symptome, welche sich in den Lungen finden, diesen Bacillus verantwortlich machen können. Nachdem Babes gezeigt hat, dass neben den Koch'schen Bacillen sich auch andere immer in den Lungen zeigen, ist es nöthig festzustellen, was von der Gesammtbacillenwirkung auf die Rechnung der einen und wieviel auf die der anderen zu schreiben sei. Das persistirende Fieber, die Abmagerung, die Schweisse, die progressive organische Dystrophie der Phthisiker, die Durchfälle sind durchaus nicht durch Bacterientoxine hervorgerufen, denn der menschliche Organismus gewöhnt sich an solche, auch widerspricht dem die Erfahrung mit dem Koch'schen Tuberkulin, sondern die purulente Infektion verursacht obige Erscheinungen. Es ist eine neue Krankheit, die auf einer Invasion von neuen Schizomyzeten beruht, welche die Tuberkulose in Phthise umwandelt. Die alte Eintheilung der Lungenschwindsucht in Stadien wird dadurch unstatthaft, vielmehr finden sich unter dem Collectivbegriff Lungentuberculose Infektionskrankheiten vereinigt, welche von einander getrennt werden müssen, um gemäss ihrem Wesen auch verschiedene klinische Bezeichnungen anzunehmen.

Bald wird es wahrscheinlich gelingen, eine zweite Infection abzugrenzen, die durch Diplokokken hervorgebracht wird und so oft die Tuberkulose komplicirt, indem sie zu der Bildung von broncho-pneumonischen Herden Veranlassung giebt. Die durch den Koch'schen Bacillus hervorgebrachten Ernährungsstörungen begünstigen ein leichteres Eindringen der neuen Infectionen, der Bacillus selbst jedoch erscheint weniger schuldig an allen den schweren Gewebsveränderungen und ihren Folgen, als ihm dies bis jetzt zur Last gelegt wurde. C. Tomberg.

Al. Poehl: Weitere Mittheilungen über Spermin. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 39, 40, 43. 1891).

In der vorliegenden Arbeit tritt Poehl auf Grund seiner chemischen Untersuchungen der Annahme der Identität des Spermin mit dem Aethylenimin (Schreiner, Ladenburg, Abel) und dem Piperacidin (Kobert) entgegen. Er entwickelt ferner die physikalischen und chemischen Eigenschaften des Spermins, unter denen als zumeist charakterische Reaction der Geruch nach frischem Sperma beim Hinzufügen von Goldchlorid und metallischem Magnesiumpulver angegeben wird; charakteristisch für das Spermin sind ferner die Sperminphosphatkrystalle (Böttcher, Charcot-Leyden'sche Krystalle). Zu medicinischen Zwecken hat P. das Spermin in Form des salzsauren Salzes in sterilisirter physiologischer Lösung hergestellt.

Es folgen nun die von Tarchanoff mit dem Spermin-Poehl angestellten Thierversuche, aus denen Tarchanoff in Kürze folg. Schlüsse zieht.

In geringen und mässigen subcutanen Dosen (0,01—0,04 Gr.) tritt bei Fröschen eine unbedeutende Verlangsamung der Athmung und der Herzthätigkeit, sowie Erhöhung der taktilen Reflexe auf; das Spermin ist kein Stimulans für den Geschlechtstrieb, auch wirkt es nicht auf die Erection des Penis; es erhöht ferner offenbar die Lebenskraft der Frösche, woher die sperminisirten Thiere selbst solchen Giften, wie Strychnin und Chloroform grösseren Widerstand entgegensetzen; selbst sehr grosse Gaben von Spermin (0,5 Gr. bei Hunden) rufen keine gesundheitsschädlichen Folgen hervor.

Weiterhin theilt Schicharew aus seinen Beobachtungen über die therapeutischen Wirkungen des Spermin-Poehl Folgendes mit: von 5 mit Spermin behandelten Kranken konnte bei dem Einen kein Heileffect verzeichnet werden, während bei den Uebrigen die Muskelkraft stieg und der Blutdruck höher wurde; besonders erfolgreich erwies sich der Effect an einer mit Lues gummosa behafteten Patientin, die wegen Periostitis und Oedem des rechten Armes und Beines die rechte Körperhälfte fast garnicht bewegen konnte; nach zweimaliger Injection waren Muskelkraft und Beweglichkeit wiederhergestellt, das Oedem bedeutend vermindert. Von den weiteren 14 mit Spermin behandelten Kranken verdient noch ein Fall hervorgehoben zu werden, einen Patienten mit Myelitis lumbalis betreffend: Nach 2 Injectionen schwand die Paraplegie die Incontinentia urinae und es stellten sich Erectionen wieder ein. Die Besserung hielt in all den citirten Fällen 2—3 Monate vor.

Es folgt weiter ein Bericht von Weljaminow, welcher die Gefahr der Chloroformnarkose durch Spermin herabzusetzen versuchte. Es handelt sich um 4 durch schwere langdauernde Krankheit stark geschwächte Frauen, an denen grosse Operationen ausgeführt werden sollten: Die Patientinnen erhielten vordem mehrere Tage hintereinander die Injectionen und ertrugen in der That die $1^1/_2$—3 Stunden dauernde Narkose mit «staunenswerther Leichtigkeit».

Ferner berichtet Roschtschinin über eine bedeutend gebesserte Paraplegie nach Myelitis; bei einem anderen seiner Patienten, der an Diabetes litt und der vorher schon mit nicht geringem Erfolge mit Brown-Séquard'scher Emulsion behandelt worden war, schwand unter Einfluss der Injection der Zuckergehalt vollständig, doch schreibt Roschtschinin selbst diese Erscheinung nur insofern dem Spermin zu, als durch das letztere die Energie des Stoffwechsels im Körper erhöht wird. Auch auf Tuberkulose wirkt nach R. das Spermin durch Besserung des Allgemeinbefindens und durch Steigen der vitalen Energie günstig ein. H.

S. Radomyski: Die Harncylinder im eiweissfreien Urin. (Inaug. Dissertat. Dorpat. 1892).

Die meisten Autoren halten an dem Satze fest, dass die Bildung von wirklichen echten Cylindern in den Harnkanälchen der Nieren unter ganz normalen Verhältnissen nicht vorkommt und dass die Entstehung aller Arten, wie verschieden auch der Hergang dabei sein möge, der allgemeinen Regel nach an die Ausscheidung albuminösen Harns gebunden ist.

Dem gegenüber sind nun allerdings schon mehrfach Fälle beobachtet und beschrieben worden, (z. B. v. Fischl bei Darmkatarrhen) wo echte, richtige Harncylinder in solchem Harn vorhanden waren, der nach den gewöhnlichen, klinischen Untersuchungsmethoden geprüft sich als eiweissfrei erwies.

In einer jüngst unter Leitung von Jaksch erschienenen Arbeit berichtet Glaser über eine vermittelst der Centrifuge nachweisbare Veränderung des Harns bei Aufnahme von alkoholischen Getränken. Es sollen nämlich constant in dem Harnsediment neben der Vermehrung der Zahl der Leukocyten hyaline Cylinder auftreten.

Durch diese Beobachtungen veranlasst, hat Verf. auf Prof. Unverrichts Veranlassung 120 Urine von Kranken und 20 Urine von Gesunden, in denen sich weder durch Ferrocyankali und Essigsäure noch durch die Kochprobe mit Salpetersäurezusatz Eiweiss nachweisen liess, centrifugirt und den auf diese

Weise erhaltenen Bodensatz auf Anwesenheit von Harncylindern mikroskopisch durchsucht. Die Ergebnisse seiner Beobachtungen sind auf sieben Tafeln gruppirt und daselbst in ihren Einzelheiten nachzusehen.

Die Folgerungen, welche R. aus seinen Untersuchungen zieht sind von ihm in folgenden drei Sätzen zusammengefasst.

1) Harncylinder kommen im Harne ganz gesunder Menschen nicht vor.

2) Im eiweissfreien Harn kranker Personen sind die Cylinder eine relativ häufige Erscheinung und zwar hat Verf. dieselben bei den verschiedensten Krankheiten nachgewiesen, wo sie bei der für gewöhnlich ausgeführten mikroskopischen Untersuchung des durch Abstehen gewonnenen Urinsedimentes nicht zu finden sind. So finden sich Harncylinder im eiweissfreien Urin bei verschiedenen anscheinend wohlcompensirten Herzfehlern, bei Arteriosclerose, bei Darmkatarrhen, bei Lungentuberculose, bei Morbilli, Diphtheritis, Pneumonia crouposa, Magenkrebs, Carcinose des Bauchfells etc.

Auf eine sichere Erklärung dieser Thatsachen will Verf. sich nicht einlassen. Häufig mag es sich um eine durch Toxine oder sonstige Schädlichkeiten bewirkte leichte Reizung des Nierenepithels gehandelt haben; in der vorwiegenden Anzahl der Fälle dürften jedoch die Cylinder eine Folge von leichten Circulationsstörungen in den Nieren sein, so namentlich bei Arteriosclerose. In diesen Fällen dürften die Cylinder häufig die Vorläufer einer durch Stauung bewirkten Albuminurie sein, und darin besteht die klinische Wichtigkeit des Nachweises derselben im eiweissfreien Urin.

Leider ist die Behauptung, dass der Cylinder führende Harn in der That eiweissfrei war, nicht einwandsfrei da die angewandten Reagentien die Anwesenheit von relativ grossen Mengen Albumose vielleicht auch Albumin nicht ausschliessen. Ich verweise hierbei auf eine Dorpater, von Hirschfeld verfasste Dissertation «Ein Beitrag zur Frage der Peptonurie», nach welcher durch Versuche bewiesen ist, dass während in reinen wässerigen Lösungen Albumosen durch die Reaction mit Ferrocyankali-Essigsäure in einer Concentration von ca. 0,05 pCt. nachgewiesen werden können, dieses bei Gegenwart anderer Stoffe, und dies sind wahrscheinlich Salze verschiedener Art, erst in sehr viel stärkerer Concentration der Albumosen gelang (0,7 pCt.). Die Nichtbeachtung dieser Thatsache verführte auch Hofmeister das im Urine nach Ausfällung mit Ferrocyankali-Essigsäure nachbleibende und die Biuretreaction ergebende Eiweiss für Pepton zu halten, während es Hirschfeld gelang nachzuweisen, dass es sich dabei nur um Albumosen oder sogar Albumin gehandelt haben kann, es also nicht statthaft ist von Peptonurie zu sprechen.

Ich glaube daher, dass die Frage, welche R. behandelt hat, einer erneuten Prüfung zu unterziehen ist.

W. Gerlach.

F. Schopf: Uebertragung von Carcinom auf frische Wunden in einem Falle von vaginaler Totalexstirpation des Uterus. (Wiener klinische Wochenschrift 1891. Nr. 45).

Sch. beschreibt einen Fall von Carcinomimplantation nach einer wegen Carcinom des Uteruskörpers unternommenen Totalexstirpation. Als sich die Kranke nach einem Vierteljahr wieder vorstellte, hatten sich in der Episotomiewunde beiderseits Krebsknoten gebildet, welche immer grösser wurden und schliesslich exulcerirten, während das Scheidengewölbe frei war. Da das Carcinom in diesem Falle im Fundus uteri sass und Cervix sammt Portio vaginalis frei liess, so können die Krebsknoten nicht als regionäre Recidiven angesehen werden, vielmehr muss angenommen werden, dass bei der Exstirpation Krebskeime in die behufs Erweiterung der Vagina im Introitus der letzteren gemachten seitlichen Einschnitte implantirt wurden. Solche Fälle von Auftreten von Krebsknoten in entfernter gelegenen Operationswunden fordern dringend, niemals mit denselben Instrumenten abwechselnd gesunde und kranke Theile zu berühren und nach Entfernung des Carcinoms die Operation stets mit frischen Instrumenten fortzusetzen.

Hess.

W. Lunin: Zur Diagnostik der pathologischen Trans- und Exsudate mit Hilfe der Bestimmung des spec. Gewichts. (Inaug. Dissertation. Dorpat. 1892).

Da die Erörterungen der Frage in wie weit das spec. Gewicht und der Eiweissgehalt der pathologischen Ex- und Transsudate zur Stellung einer Diagnose verwerthbar sind zu keinem einheitlichen Resultate geführt haben, so unterzog L. diese Frage einer erneuten Untersuchung, wobei er besonders das spec. Gewicht berücksichtigt hat. Er geht hierbei auf keine feineren Unterschiede zwischen einzelnen Ex- oder Transsudaten ein und unterscheidet in Folge dessen blos 2 soeben genannte Hauptgruppen pathologischer Ergüsse. Zu den Transsudaten rechnet er solche Flüssigkeiten der serösen Leibeshöhlen, die sich in Folge von Hydrämie oder venöser Stase ansammeln. Bei letzterer wiederum kann man Pfortaderstase und allgemeine venöse Stase unterscheiden.

Die Beobachtungen hat Verf. in Tabellen untergebracht, welche ich hier wiedergebe:

Spec. Gewicht der Peritonealen Trans- und Exsudate.

Krankheitsprocess.	Maxima	Minima	Mittel d. sp. G.	Zahl d. Beobachtung.
1. Pfortaderstase	1014	1007	1010,9	25
2. Allg. venöse Stase . .	1013	1011	1012,3	3
3. Carcinomatös. Peritonit.	1021,5	1010,4	1016,9	20
4. Tubercul. Periton . . .	1024	1018	1021	11
5. Purulente Periton . .	1027	1026	1026,5	2

Spec. Gewicht der pleuralen Trans- und Exsudate.

Krankheitsprocess.	Maxima	Minima	Mittel d. sp. G.	Zahl d. Beobachtung.
1. Allgem. venöse Stase. .	1014	1009	1011,8	5
2. Carcinomatös. Pleuritis .	1014	—	1014	1
3. Pleurit. tuberc. et. idiop.	1024,5	1018	1020.7	17
4. Pleuritis purulent. . .	1024	1021	1023	4

In Bezug auf die Maxima und Mittel der spec. Gewichte beständen also ziemlich scharfe Grenzen zwischen Ex- und Transsudaten. Schwieriger sei die Trennung bei den Minima, wenn man ausser Acht lässt, das die zwei Fälle von carcinomatöser Peritonitis, bei denen Werthe von 1010,4 und 1010,7 angetroffen wurden nicht ganz reine waren.

Sieht man aber von diesen beiden Fällen ab, so bleibt als Minimum für die Exsudate das sp. Gewicht von 1014, welches die Maxima der Transsudate eben berührt.

Im zweiten Theile seiner Arbeit stellt sich L. folgende zwei Fragen:

1) Entspricht einem spec. Gewicht ein bestimmter Gehalt an Eiweiss und

2) kommt den von Reuss und Runeberg zur Berechnung des Eiweissgehaltes aus dem spec. Gewicht aufgestellten Formeln die Bedeutung zu, die ihnen von den Autoren zugeschrieben wird?

Die daraufhin unternommenen Eiweissbestimmungen ergaben nun, dass allerdings je höher das spec. Gewicht, desto höher auch im Allgemeinen der Eiweissgehalt der untersuchten Flüssigkeit; dass aber einem bestimmten spec. Gewichte auch ein bestimmter Gehalt an Eiweiss zukommt, konnte der Verf. nicht finden.

Seine Resultate fasst L. in folgenden Thesen zusammen:

1) Die Bestimmung des spec. Gewichts pathologischer Trans- und Exsudate kann als diagnostisches Hilfsmittel benutzt werden.

2) Ueberschreitet das spec. Gewicht 1014, so haben wir es mit einem Exsudat zu thun.

3) Bei niedrigen spec. Gewichten sind entzündliche Veränderungen nicht absolut von der Hand zu weisen.

4) Einem spec. Gewicht entspricht nicht immer ein bestimmter Eiweissgehalt.

5) Die Berechnung des Eiweissgehaltes nach der Reuss'schen und Runeberg'schen Formel giebt nur annähernd richtige Resultate.

W. Gerlach.

A. Lunz: Ueber das Verhalten der Elasticität der Arterien bei Vergiftungen mit Phosphor, Quecksilber und Blei. (Dissertation. Dorpat 1892).

Da eine Ursache der eintretenden Angiosclerose die Verminderung der Elasticität der Gefässwandungen ist und es den Anschein hat, dass manche Infectionskrankheit die gleiche Erkrankung im Gefolge haben kann, so wirft sich die Frage auf ob vielleicht giftige Stoffwechselproducte der pathogenen Mikroben als unmittelbare Ursache der Verminderung der Gefässwandelasticität respective der Angiosclerose anzusprechen sind. Zunächst musste somit die Frage entschieden werden, ob giftige Substanzen in der That eine Verminderung der Gefässelasticität hervorzurufen vermögen. Verf. vergiftete daher Katzen mit Phosphor, Quecksilber und Blei und stellte nun durch Messung der Nachgiebigkeit der Arterienwandungen bei gewissem inneren Drucke fest, dass

1) subacute Vergiftungen mit Phosphor, Quecksilber und Blei in der That eine Abnahme der Elasticität der Arterien zur Folge haben, und

2) dass diese Elasticitätsabnahme bei Phosphorvergiftung eine erhebliche, bei der Vergiftung mit Quecksilber oder Blei

dagegen eine geringere, jedoch noch mit Bestimmtheit nachweisbare ist.

Was der Grund der Abnahme der Gefässwandelasticität sei, lässt L. unentschieden, da man nicht im Stande ist zu entscheiden ob die Gifte mittelbar oder unmittelbar auf die Gefässe wirken.

W. Gerlach.

Alois Pick: Zur Therapie der Chlorose. Aus der Klinik von Prof. Nothnagel. (Wiener klinische Wochenschrift. Nr. 50. 1891).

In einer grossen Anzahl von Fällen von Chlorose bilden Magenerscheinungen die wesentlichsten subjectiven Beschwerden und ergiebt die Untersuchung atonische Zustände des Magens oder ausgesprochene Dilatation desselben. Obgleich in den meisten Fällen die Atonie als ein Folgezustand der Chlorose in Folge des durch die gesunkene Ernährung herabgesetzten Tonus der Magenmuskulatur, anzusehen ist, so traten doch in einzelnen Fällen die Atonie und die aus dieser resultirenden Beschwerden gegenüber den übrigen Erscheinungen der Chlorose so deutlich hervor, dass die Annahme nahe liegt, es dürfte letztere durch erstere bedingt sein, ähnlich, wie man sich das Zustandekommen gewisser mit hochgradiger Verstopfung einhergehender Fälle von Chlorose durch Autointoxikation vom Darm aus zu erklären versucht.

Analog der von Neusser gemachten Beobachtung, dass bei einigen Chlorotischen ein lästiger Fötor ex ore besteht, welcher durch den von Brieger entdeckten organischen Riechstoff, Scatol, veranlasst wird und nach Nencki und Salkowsky aus dem Fleischeiweiss der Nahrung stammt, giebt P. an, dass auch der Schweiss der Chlorotischen häufig durch einen eigenthümlichen Geruch sich auszeichnet. In Bezug auf die Alteration des Chemismus der Magenverdauung bei der Chlorose ist die Herabsetzung des Salzsäuregehaltes sehr häufig; Fehlen der Salzsäure oder secretorische Hyperacidität ist dagegen selten.

Einerseits der Umstand, dass sich bei mehreren Chlorotischen die Eisentherapie als unwirksam erwiesen hatte, andererseits die Voraussetzung, ob nicht durch Magenausspülungen ein weiteres Zustandekommen von Autointoxikationen beschränkt und dadurch die Heilung der Chlorose herbeigeführt werden könne, veranlasste Verf. 16 chlorotische Mädchen, von denen 5 bereits lange vergeblich mit Eisen behandelt worden waren, 11 zum ersten Male wegen ihrer Chlorose ärztliche Hilfe nachsuchten, Vormittags den Magen auszuspülen. Der Erfolg der Behandlung war überraschend und konnten nach 3—4 wöchentlicher Behandlung Heilungen von Chlorosen constatirt werden, die einer monatelangen Eisentherapie widerstanden hatten. In allen Fällen wurde ein Ansteigen des Hämoglobingehaltes mittelst des Fleischl'schen Hämoglobinometers beobachtet.

Ermuntert durch die günstigen mit der Anwendung des Kreosots hinsichtlich der Verdauungsbeschwerden bei Pthisikern gemachten Erfahrungen, versuchte Verf. dasselbe auch in vielen Fällen von Chlorose mit Dilatation oder Atonie des Magens in der Absicht abnorme Zersetzungen im Magen auf diese Weise zu beschränken und einigermassen die Magenausspülungen, die den gleichen Zweck verfolgen, zu ersetzen, da die häufige Vornahme der letzteren eine grosse Anzahl von Chlorotischen von einer derartigen Behandlung abhielt.

Mit der Anwendung des Kreosots wurden die gleich günstigen Erfolge erzielt, wie mit den Magenausspülungen.

Kreosot 0,5 Sach. lact. 0,3. M. fp. D. ad caps. gelat. S. 3 Mal täglich 1 Stück gleich nach jeder Mahlzeit. Das Medicament muss sofort nach eingenommener Mahlzeit genommen werden, niemals nüchtern, weil in dem mit Speisebrei gefüllten Magen das Medicament keine unangenehmen Nebenwirkungen entfalten kann.

Hess.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

C. E. Sajous Annual of the universal medical sciences Philadelphia, New-York, Chicago and London, 1892. The F. A. Davis Company. 5 Bände.

Uns ist soeben der 5. Jahrgang dieses in grösstem Maassstab angelegten Jahresberichts über die Fortschritte der gesammten medicin. Wissenschaften in der ganzen Welt zugegangen. Er umfasst 5 grosse prachtvoll ausgestattete Bände und enthält wohl Alles was im verflossenen Jahr auf medicin. Gebiet gearbeitet worden ist. Die Referate sind kurz aber das Wesentliche jeder Arbeit erschöpfend. An Vollständigkeit lässt der Bericht nichts zu wünschen übrig, auch die kleinsten Journalartikel sind berücksichtigt. Die Anordnung des überwältigend grossen Stoffes ist ausgezeichnet übersichtlich. Reichliche sehr gut ausgeführte Abbildungen sind, wo nöthig aus den Originalen mit herübergenommen. Abgesehen von den zahllosen Monographien, Dissertationen etc. sind nicht weniger als 1027 periodisch erscheinende Journale benutzt. Unter den Referenten und auswärtigen Correspondenten finden wir Namen von allerbestem Klang.

Es sollte jede medicinische Bibliothek dieses Prachtwerk anschaffen.

Wanach.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Auf dem 11. Congress für innere Medicin in Leipzig machte Fürbringer (Berlin) Mittheilung über nervöse Leberkolik. Das Leiden giebt gewöhnlich Anlass zur Fehldiagnose: Cholelithiasis. Vortr. hat sechs sichere Fälle selbst beobachtet und kommt, theils in Uebereinstimmung, theils in Gegensatz zu einschlägigen Mittheilungen früherer Forscher zur Aufstellung folgenden Symptomcomplexes:

1) Die völlige Uebereinstimmung des Anfalles selbst mit demjenigen der Colica calculosa; jedoch ist die höchste Intensität des Schmerzes hier scharf auf die Lebergegend localisirt.

2) Die Krankheit ist ein Symptom der reizbaren Schwäche des Nervensystems und findet sich ganz besonders bei jugendlichen anämischen, hysterischen und neurasthenischen Patientinnen, gern neben anderen Visceralneuralgien, wie Pleurodynie, Herzschmerzen, renaler Neuralgie, Ovarie. Eine hervorragende Erscheinung bildet die mitunter «colossale» Steigerung der Patellarreflexe.

3) Das den Anfall auslösende Moment ist meist nicht ersichtlich und nur ausnahmsweise in Diätfehlern, Ueberanstrengung, Aerger, Menstruation gegeben.

4) Ikterus und Leberanschwellung finden sich nie.

5) Druckempfindlichkeit der Leber ist stets vorhanden.

6) Trotz jahrelanger Dauer des Leidens kommt es nie zu fieberhaft entzündlichen Affectionen im Bereiche der Leber, wie bei der Cholelithiasis.

Karlsbad contraindicirt, geboten ein antineurasthenisches Heilverfahren.

(Originalbericht: Centralbl. für Nervenheilkunde und Psych. 1892, Juni).

— Von der Analogie der physiologischen Wirkung des Phenols und des Cocains ausgehend, hat v. Oefele beide Substanzen zu einem neuen Körper — das Cocainum phenylicum — vereinigt, der durch seine Unlöslichkeit in Wasser von der Schleimhaut aus nicht in den Gesammtorganismus resorbirt wird, daher local seine Wirkung nachhaltend schon in kleinsten Dosen entfaltet und zu keinen Intoxicationen Anlass giebt. Bei frischer katarrhalischer Conjunctivitis erzielt man sehr gute Resultate mit: Cocaini phenyl. 1,0 Alkohol. absol. 10,0, einige Tropfen in den Conjunctivalsack einzuträufeln. Als Schnupfpulver empfiehlt Verf. folgende Mischungen: Cocaini phenyl. 0,2 Acid. boric. oder Antifebrin 2,0 MDS. Schnupfpulver oder: Cocaini phenyl., Menthol aa 2,0 Pulv. flor. conv. maj., Bismuthi subgallici aa 2,0. Mit diesen Mischungen soll jeder acute Schnupfen coupirt werden. Bei Tonsillitis und Pharyngitis erreicht man durch Bepinselung mit einer alkoholischen Lösung von Cocainum phenylicum rasche Heilung. Bei acutem Magenkatarrh verordnet Verf.: Cocaini phenyl. 0.01 Antifebrini 0,1 täglich nüchtern 1 Stück.

(Aerztl. Rundschau Nr. 9).

— Frick empfiehlt eine neue Reaction auf Kohlenoxyd, welche von einem japanesischen Chemiker Kuniyosi-Katayama angegeben ist und in folgender Weise ausgeführt wird: Man setzt zu dem verdünnten Blut etwas Schwefelammonium hinzu und säuert die Mischung mit verdünnter Essigsäure an. Gewöhnliches Blut wird durch diese Behandlung in eine (durch flockigen Niederschlag getrübte) schmutzig grünlichbraune Flüssigkeit verwandelt. Bei Anwesenheit von Kohlenoxyd nimmt dagegen die Mischung eine schöne rosenrothe bis hellviolette Färbung an; die Flüssigkeit enthält ebenfalls feine Flöckchen, die sich jedoch später absetzen. Diese Probe, welche noch bei einem Gemenge von CO—Blut mit 5—7 Theilen gewöhnlichen Blutes anschlägt, übertrifft in ihrer Sicherheit und bequemen Ausführung die bisher angegebenen chemischen und spektroskopischen Methoden.

(Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte Nr. 7).

— Prof. R. Emmerich und Kronacher berichten über ein neues Präparat, welches allen Anforderungen entsprechen soll, die an ein antibakterielles Mittel gestellt werden können. Der Körper — Diaphterin stellt eine labile Verbindung von 1 Molekül Oxychinolin mit dem ebenfalls neuen phenolsulfonsauren Oxychinolin dar. Aus E.'s Versuchen ergab sich, dass das Oxychinaseptol in Bezug auf seine bakterienvernichtenden Wirkungen den am stärksten wirkenden Antisepticis wie Phenol, Lysol, Kresol u. s. w. an die Seite gestellt werden muss, ja sogar manche derselben übertrifft. Das Präparat löst sich sehr leicht in Wasser; es ist relativ ungiftig, und die Kostens einer Anwendung sind gering. Kronacher hat auf Grund der E.'schen Versuche das Diaphterin seit einem Jahre in seiner chirurgischen Praxis bei einer Anzahl

von Operationen, Geschwüren, Verbrennungen etc. anwendet und zwar meist in Pulverform. Verwendet wurden Lösungen von 1½—2 pCt. Meist wurden mit dieser Substanz sehr gute Resultate erzielt. Als feuchter Verband nach Verbrennungen oder gar bei Beingeschwüren leistete das Diaphterin Vortreffliches; bei wochenlangem Gebrauch trat keinerlei Reizung seitens des Geschwürs und seiner Umgebung ein. Die Wundflächen reinigen sich rasch, sehen stets frisch aus; bald bilden sich gesunde Granulationen, die Ueberhäutung schreitet rasch vorwärts. Die Wirkung bei Geschwüren von den grössten Dimensionen ist so eigenartig, dass man dem Diaphterin hier fast eine heilende Wirkung zuschreiben müsste.

(Münchener medic. Wochenschr. Nr. 19, 1892).

Vermischtes.

— Verstorben: 1) In Taschkent der ältere Ordinator des Militärhospitals J. Roshdestwenski. 2) Der Oberarzt der 3. Garde- und Grenadier-Artillerie-Brigade N. Lebedew. 3) Dr. K. Beljajew. 4) Dr. N. Stachewitsch. 5) In Kiew Dr. W. Loskutow. 6) Die Aerztin A. Ssuchodejewa aus Ssaratow. 7) Dr. G. Rodionow. 8) In Nishnij-Nowgorod Dr. I. Idelsohn an Cholera asiatica, einer der ersten Aerzte, die sich in Nowgorod der Pflege Cholerakranker widmeten. 9) Dr. J. Tribel, freipracticirender Arzt in Petersburg. 10) In Kurgan Dr. P. Gretschenin am Flecktyphus. Er hinterlässt eine Frau und 3 Kinder ohne alle Mittel. 11) Am 24. Juli auf dem Gute Kallenhof bei Wenden der dimittirte Wendensche Stadtarzt Collegienrath Dr. Carl v. Petersenn, im 52. Lebensjahre an den Folgen einer Gehirnapoplexie. Am 21. November 1840 in Livland geboren, erhielt er seine Schulbildung in der bekannten Hollanderschen Anstalt zu Birkenruh und widmete sich dann dem Studium der Medicin in Dorpat, wo er von 1860—1868 studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde war P. anfangs Assistent an der geburtshilflichen Klinik in Dorpat, darauf von 1868—85 Kirchspielsarzt in Ruijen (Livland) und zuletzt Stadtarzt in Wenden. Vor ca. 2 Jahren traf ihn in voller Manneskraft ein Schlaganfall, von dem er sich nicht mehr erholte. Wer den tüchtigen, liebenswürdigen braven Mann in seinen gesunden Tagen gekannt, sagt das «Rig. Tageblatt» ihm nach, wer seinen lauteren Charakter, seine Herzensgüte, seine theilnehmende Freundlichkeit am Krankenbett, seinen schlichten, auf das Ernste gerichteten und dabei harmlos fröhlichen Sinn geschätzt und geliebt, wird dem nunmehr von seinen Leiden erlös'en stillen und frommen Dulder ein dankbares und freundliches Gedenken bewahren. 12) Am 25. Juli in Hapsal der frühere Oberarzt eines Cavallerieregiments, Collegienrath Dr. Wilh. Ignatius im 61. Lebensjahre. Der Dahingeschiedene stammte aus Estland und hatte seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er im J. 1859 zum Doctor medicinae promovirt wurde. Als Kronsstipendiat wurde er nach Absolvirung des Cursus als jüngerer Arzt eines Infanterie-Regiments angestellt und war darauf successive Arzt des Garde-Ulanenregiments Sr. Majestät, Oberarzt der 7. Artillerie-Brigade, des 8. Scharfschützen-Bataillons und zuletzt des 14. Mitauschen Husarenregiments. Von 1877 bis 1879 fungirte er auch als stellv. Divisionsarzt der 14. Cavallerie-Division. Im Jahre 1886 nahm er seinen Abschied und lebte seit dieser Zeit in Hapsal. 13) Am 10. Juli in Mesinak (in Persien) das Mitglied der Medicinalverwaltung des Kaukasus, Dr. E. W. Werbizki, an der Cholera im 45. Lebensjahre. Der Verstorbene war von der russischen Regierung nach Persien zur Beobachtung des Sanitätszustandes auf dem persischen Ufer des Kaspischen Meeres abcommandirt worden. Nach Absolvirung des Cursus an der Universität Kiew liess er sich als Arzt in Neshin nieder. Im Jahre 1861 promovirte W. zum Doctor med. an der medico-chirurgischen Academie und wurde bald darauf zum Mitglied der Medicinal-Verwaltung des Kaukasus ernannt. Seiner Initiative verdankt Tiflis die Einrichtung einer bakteriologischen Abtheilung beim dortigen chemischen Laboratorium.

— Die gewesenen Mitglieder des X. internationalen Congresses in Berlin werden benachrichtigt, dass die letzten 2 Theile der Congressberichte sowie ein Generalregister erschienen und im medicin. Departement (Theater-Strasse) in Empfang zu nehmen sind.

— Die Redaction des «Wratsch» hat einen Brief von dem Ordinator des Michael-Hospitals in Baku, M. Salijew, erhalten, aus dem zu ersehen ist, dass die in der Tagespresse vor einiger Zeit verbreitete Nachricht, die Baku'schen Aerzte hätten sich geweigert im dortigen Choleralazareth zu dienen und hätten aus Furcht die Stadt verlassen, eine lügenhafte Erfindung ist. Ein namentlich genannter Arzt hat gegen die Zeitung, die zuerst über ihn ähnliche Gerüchte verbreitet hat, die Verleumdungsklage eingereicht. Es ist zu hoffen, dass die Schuldigen gebührend gestraft werden und dass die Zeitungen, die die verleumderischen Nachrichten verbreitet haben, durch ein Dementi den unrechtmässig in ihrem Ruf geschädigten Baku'schen Aerzten Genugthuung gewähren.

— Vor Kurzem cursirte das Gerücht dass der bekannte Warschauer Laryngolog T. Heryng einen Ruf als ausserordentl. Professor der Laryngologie und Otologie nach Insbruck erhalten, aber abgelehnt habe. Dieses Gerücht erklärte der Dekan der Insbrucker medicin. Facultät in einer Zuschrift an die «Wiener klin. Wochenschrift» als aus der Luft gegriffen. In Nr. 30 der «Internation. klin. Rundschau» ist nun ein Brief von Dr. Heryng veröffentlicht, in dem er erklärt dass er in der That die erwähnte Aufforderung erhalten und desswegen mit dem Vertrauensmann der Facultät, Prof. Nicoladoni verhandelt habe. Er habe sich aber gezwungen gesehen, den Ruf abzulehnen. Dasselbe falsche Dementi hat der medicin. Dekan derselben Universität, Prof. Katler, aus demselben Anlass in Bezug auf den Pädiater Biedert veröffentlicht. Ein so scandalöses Vorgehen seitens des Vertreters einer Universität dürfte doch nicht ohne Aufklärung bleiben!

— Die Cholera breitet sich immer mehr nach Nordwesten und Osten aus. Neue Erkrankungsheerde sind in Uralsk, Orenburg, Perm, Tobolsk, Tomsk, ferner in Orel und Moskau. Im Südosten nimmt die Seuche immer mehr ab. Im Ganzen behält sie ihren relativ milden Charakter bei. Nach den bis jetzt vorliegenden Nachrichten scheinen nur zwei Aerzte — Dr. Idelsohn in Nishnij-Nowgorod und Dr. Werbizki — an Cholera gestorben zu sein, (s. oben).

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 26. Juli d. J. 5248 (25 mehr als in der Vorwoche), darunter 262 Typhus — (2 mehr), 577 Syphilis — (3 weniger), 20 Scharlach — (2 weniger), 6 Diphtherie — (6 weniger) 21 Masern — (10 weniger) und 8 Pockenkranke (2 weniger als in der Vorwoche).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 19. Juli bis 25. Juli 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
279	217	496	138	56	78	8	3	14	43	42	30	28	34	18	2	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 5, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 13, Scharlach 8, Diphtherie 1, Croup 1, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 10, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 9, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie [illegible], Tuberculose der Lungen 70, Tuberculose anderer Organe 2, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 37, Marasmus senilis 11, Krankheiten des Verdauungscanals 135, Todtgeborene 15.

◆ Die Bibliothek des Vereins St. Petersburger Aerzte wird im Laufe des Sommers zugänglich sein am Dienstag und Freitag von 4—6 Uhr und am Mittwoch im Laufe des ganzen Tages.

BILINER SAUERBRUNN!

Altbewährte Heilquelle.
Vortreffliches diätetisches und Erfrischungs-Getränk.

PASTILLES DE BILIN

Depôts in St. Petersburg bei: **Stoll & Schmidt, Russ. Pharmac. Handels-Gesellschaft, Klos & Co.**

Brunnen-Direction in Bilin (Böhmen).

(89) 10—9

Dr. Michaelis' Eichel Cacao

alleinige Fabrikanten:

Gebr. Stollwerck, Köln.

Nahrungsmittel für jedes Alter, als Ersatz für Tee und Kaffee, für Säuglinge als zeitweisen Ersatz der Milch anzuwenden.

Vorrätig in allen **Apotheken.**

Lager in Moskau bei **Wold. Ferrein.**
Riga » **Hugo Renz.**
» **Alfr. Th. Busch** und
» **Adolf Wetterich.** (105) 4—1

VERBAND-ZELLSTOFFWATTE in TAFELN
(in vielen Ländern patentirt). (100) 10—3
Denkbar grösste Aufsaugungsfähigkeit und Reinheit.
Feinste Referenzen von Krankenhäusern I Ranges.
Proben gratis & franco.
ZELLSTOFFWATTEFABRIK J. FEIRABEND, NIEDERNHAUSEN i/Taunus.

Die Freunde unserer Quelle werden gebeten beim Einkaufe auf die hier beigedruckte Schutzmarke (Portrait) zu achten.



Zu haben bei den Droguisten und Apothekern.

Man verlange **Saxlehner's Bitterwasser.**

(68) 26—13

Eigenthümer: ANDREAS SAXLEHNER, BUDAPEST.

ЕСТЕСТВЕННАЯ МИНЕРАЛЬНАЯ ВОДА

CONTREXÉVILLE source du PAVILLON

Единственная признанная во Франціи общественно полезною.

Открыта съ 20 мая по 20 сентября.

Водолеченіе: Ванны. Души. Массажъ. Заведеніе I-го разряда. Домъ собранія. Театръ. Большой паркъ. Гимнастика и пр.

Брошюра **«La cure de Contrexéville chez soi»** съ рисунками высылается по требованію. Адресъ Administration de la Société: 6 rue de la Chaussée d'Antin à Paris. (99) —4

Verlag von **FERDINAND ENKE in Stuttgart.**

Soeben erschien: (107) 1—1

Lehrbuch der NIEDEREN KRYPTOGAMEN.

Mit besonderer Berücksichtigung derjenigen Arten, die für den Menschen von Bedeutung sind oder im Haushalte der Natur eine hervorragende Rolle spielen.

Von Prof. Dr. Friedr. Ludwig.

Mit 13 Figuren in etwa 130 Einzelbildern.
gr. 8. geh. M. 14.—

Adressen von Krankenpflegerinnen:

M. Winkler, Моховая ул. д. 29, кв 5, bei Frau Ewald.
А. А. **Щукина,** Поварской пер., д. 17, кв. 6.
Вѣра Андрѣевна Скорлигина, Невск. пр. 98, кв. 18.
Melanie Tromberg, Вас. Остр., 4 лин., № 19, кв. 6.
Frau **Hasenfuss,** Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.
Frau **Marie Kubern,** Мойка 84, кв. 19, напротивъ реформатской церкви.
Ida Belajew. Казанская № 52, кв. 24.
E. van der Vliet, Екатер. кан. 166, кв. 25.

ROTIRENDER DESINFECTOR

gesetzlich geschützt

nach **Dr. H. Guttmann,**

demonstrirt im Verein für innere Medicin durch Herrn Dr. Babo, beschrieben in der Medicinischen Wochenschrift von Herrn Dr. P. Börner und in der Gartenlaube durch Herrn Sanitätsrath Dr. Fürst, sowie begutachtet durch Herrn Prof. Hoffmann in Stuttgart.

Preis 60 Mark.

Ed. Messter,

Optiker und Mechaniker.

Lieferant für hiesige und auswärtige Krankenhäuser und Universitäten.

(106) 12—1 **Berlin, Friedrichstrasse 95.**

Prämiirt Berlin 1892 mit dem zweiten Preis.

Gesetzlich geschützt.



OSTSEEBAD WARNEMÜNDE.

Ab **Berlin** und **Hamburg** 45 täg. Saisonbillett 4½ Std. Prospekt d. d. Badeverwaltung. (70) 7—7

STERILISIRUNGS-APPARATE

nach Dr. Egb. Braatz, zum Kochen von Instrum. in Sodalösung, als auch zum Sterilisiren von Verbandstoffen etc. etc.
Veröffentl. № 38 der Deutschen medic. Wochenschrift, Berlin 1891.

Th. Schmucker,
(25) 26—22 Heidelberg (Baden).

Дозв. ценз. Спб. 1 Августа 1892 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Liteiny Prospect, № 55, Qu. 13 zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 32 St. Petersburg, 8. (20.) August 1892

Die Verwaltung des Petersburger ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe beehrt sich hiermit mitzutheilen, dass sie, entsprechend dem Beschluss der allgemeinen Versammlung sich mit einer der Lebensversicherungsgesellschaften in Verbindung gesetzt hat, die bereit ist einen Rabatt von 7 pCt. der Jahresprämie zu geben, sobald sich eine Gruppe von nicht weniger als 25 Aerzten gebildet hat.

Anmeldungen nimmt entgegen sowie ertheilt nähere Auskunft der Secretär Dr. O. Petersen (Krjukow Kanal Nr. 6, Quart. 67).

Vierter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der vierte Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte findet in **Wenden** statt und währt vom **14.—16. September** d. Jahres.

Vorträge, deren Dauer die Zeit von 15 Minuten nicht überschreiten darf, werden die Herren Aerzte ersucht, unter genauer Angabe des Themas und kurzer Wiedergabe des Inhalts baldmöglichst, spätestens aber bis zum 1. August c. bei Unterzeichnetem anzumelden.

Im Namen des Vorstandes:
d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Fellin.

Die Wirkung der Carell'schen Milchkur in einem Fall von Dilatation und Schwäche des Herzens.

Von

Dr. H. Koppel.
Assistent der Poliklinik in Dorpat.

Vortrag, gehalten in der Dorpater medicinischen Gesellschaft am 15. April 1892.

M. H.! Ich möchte Ihnen über einen Fall von allmählich entstandener Dilatation des Herzens bei einem noch jugendlichen Mann berichten; die Erkrankung hatte, als ich die Behandlung übernahm, zu den Erscheinungen hochgradiger Herzschwäche geführt und ist deshalb nicht ohne Interesse, weil an ihr die verschiedene Wirkungsweise der Milchkur, wie sie Carell empfahl, und der Digitalis, die ich später bei gemischter Diät anwandte, einer vergleichenden Betrachtung unterworfen werden kann. Beide Behandlungsmethoden wurden bei absoluter Bettruhe des Kranken durchgeführt.

Patient A. F., 29 a. n., ist Provisor einer Landapotheke. Sein Vater hat an einem Herzfehler gelitten, ist im Alter von 50 Jahren gestorben, einer seiner jüngeren Brüder ist herzleidend. Pat. hat als Kind Scharlach gehabt, später einen Abdominaltyphus überstanden, leidet seit ca. 10 Jahren an einem Rachen- Kehlkopfkatarrh, der ihn zum häufigen starken Husten nöthigt. An Herzklopfen hat Pat. früher nie gelitten, nur ist ihm seit einigen Jahren aufgefallen, dass sein Puls auffallend frequent gewesen ist. Auch grosse körperliche Anstrengungen hat er ohne besondere Mühe ausgehalten. Pat. ist starker Raucher und Potator gewesen, hat sich hauptsächlich an Schnäpse gehalten, seit einem Jahre habe er aber, nach eigener Aussage, den Alcoholgenuss eingeschränkt und nur noch täglich 2 Flaschen Bier und eine halbe Flasche Madeira getrunken.

Die ersten Zeichen seines gegenwärtigen Leidens zeigten sich im Sommer 1890. Als Pat. beim Brande seiner Apotheke eine kurze Strecke durchlaufen war, fiel er ohnmächtig hin, bald kam er aber wieder zur Besinnung und merkte zunächst keine wesentliche Aenderung seines Gesundheitszustandes. Im Winter erkrankte er recht schwer an der Influenza und erholte sich nach überstandener Krankheit sehr langsam. Im Laufe des folgenden Frühjahrs fingen seine Kräfte an allmählich zu schwinden, schon bei geringeren Anstrengungen bekam er Athembeschwerden. Mitte Juli 1891 verheirathete er sich. Ungefähr eine Woche nach seiner Hochzeit bekam er auf einer Gesellschaft einen Schwächeanfall, mit Druck- und Angstgefühl am Herzen, wobei ihm grün und blau vor den Augen wurde und er zu Wagen nach Hause gebracht werden musste. Nach einigen Tagen fingen seine Füsse an zu schwellen, er bekam oft Athmungsbeschwerden und Ohnmachtsanwandlungen, so dass er sich an einen Arzt wandte. Digitalis mit Liquor kali acetici besserten seinen Zustand vorübergehend und Pat. bekämpfte sein Leiden einige Zeit mit Digitalis und deren Ersatzmitteln (Strophanthus, Convallaria majalis, Adonis vernalis); als aber schliesslich auch diese keine Besserung mehr herbeiführten und sein Zustand schon ein sehr schlechter geworden war, liess er sich nach Dorpat transportiren, wo ihn Prof. Dehio meiner Behandlung überwies.

Status am 12. Januar 1892.

Patient ist von mittlerem Wuchs, kräftigem Knochenbau mit mässigem Fettpolster und schlaffer Muskulatur. Das Ge-

sicht etwas gedunsen leicht cyanotisch, ebenso die oberen Extremitäten; die unteren Extremitäten ödematos, das Oedem auf der Rückseite bis auf den Rücken, auf der Vorderseite bis auf die Unterbauchgegend reichend. Der Thorax normal gebaut. Auf den Lungen vorn Vesiculärathmen, hinten, besonders in den unteren Partien viele feuchte Rasselgeräusche; schon bei leichten Körperbewegungen gesteigerte Dyspnoe; häufiges starkes Husten; 40 Respirationen p. m.

Der Herzspitzenstoss weder sichtbar noch fühlbar, dagegen eine diffuse palpable Vorwölbung der Herzgegend. Deutliche Pulsatio epigastrica. Die Grenzen der absoluten Herzdämpfung rechts um 1 Fingerbreite den rechten Sternalrand überschreitend, oben am oberen Rande der 4 ten Rippe, links ca. $1\frac{1}{2}$ Fingerbreiten über die Linea mamillaris hinausgehend. Die Herztöne augenblicklich an allen Ostien rein aber sehr leise; 120 rhytmische Herzactionen p. m. Die palpabeln Arterien nicht geschlängelt, auch nicht rigide. Der Puls an der Radialis ist nicht mit Deutlichkeit zu fühlen, nur ab und zu empfindet der tastende Finger eine leichte pulsatorische Erhebung.

Die Leber deutlich zu palpiren, nicht sehr druckempfindlich, von derber Consistenz, reicht in der Mamillarlinie bis 2 Fingerbreiten unter den Rippenbogen. Das Abdomen aufgetrieben, in den abhängigen Theilen Dämpfung und Fluctuation. Der Harn trübe, lässt beim Erkalten viel Urate fallen, enthält ziemlich viel Eiweiss und viele hyaline Cylinder.

Vorläufige Diagnose: Herzdilatation, wahrscheinlich beruhend auf Fettdegeneration des Herzmuskels infolge Alcoholmissbrauches.

Verordnung: absolute Bettruhe, gemischte Kost in mässigen Mengen; 3 Mal täglich ein Kaffeelöffelvoll einer 1% Lösung von Baryta chlorata. Bei Dyspnoeanfällen etwas Wein oder Aetherriechen.

Der Patient findet in einer Privatwohnung in einem geräumigen, stillgelegenen Zimmer Unterkunft.

Krankheitsverlauf. 13. Januar 24 stündige Harnmenge 820 Ccm., spec. Gew. 1026, Eiweissgehalt nach Essbach 1,5‰.

14. Januar Harnmenge 800 Ccm., spec. Gewicht 1025, Eiweissgehalt 1,1‰.

15 Januar Harnmenge 630 Ccm., spec. Gew. 1026. Eiweissgehalt 1,5‰. Am 13. und 14. hat sich der Zustand des Pat. etwas gebessert, auch die Oedeme an den unteren Extremitäten haben sich verringert, am 15. ist das Befinden aber wieder sehr schlecht. Pat. hat schlecht geschlafen, hat oft Schwächeanfälle, verbunden mit Druckgefühl auf der Brust und Dyspnoe, gefolgt von starken Schweissausbrüchen. Der Puls an der Radialis ist zu fühlen, meist aber nur in der halben Anzahl der hörbaren Herzcontractionen. Ist die Zahl der Pulse gleich denen der Herzactionen, so ist jeder zweite Puls sehr schwach (Pulsus bigeminus).

Da trotz völliger Bettruhe der Zustand des Patienten ein sehr besorgnisserregender ist, auch von den Herzmitteln eine Besserung nicht erhofft werden kann, so wird beschlossen eine Milchcur nach Carell zu versuchen. Pat. erklärt, er könne keine Milch vertragen, schon nach kleinen Mengen bekomme er Blähungen, Aufstossen und starken Durchfall, er soll daher versuchen Thee mit Milch zu gleichen Theilen zu trinken. Da das ihm keine Beschwerden verursacht, so wird am folgenden Tage mit der reinen Milchcur begonnen.

16. Januar alle 2 Stunden ½ Glas (=120,0) Milch und dazu 1 Zwieback (=12.0 Gramm); bei starkem Durst etwas Wasser; bei Schwächegefühl Aetherriechen. 24 stündige Gesammtmenge: Milch 1250,0, Wasser = 20,0, Zwieback = 96,0.

Harnmenge 640 Ccm.; spec. Gew. 1026; Eiweissgehalt nach Essbach 1,5‰.

Der Puls wie Tags vorher.

17. Januar Milchmenge 1350,0, Zwieback = 108,0. Harnmenge = 770 Ccm., spec. Gew. = 1026; Eiweissgehalt=1,0‰. Pat. fühlt sich schon wohler, im Uebrigen der frühere Befund.

18. Januar Milchmenge = 1350,0, Zwieback = 108,0; Harnmenge 810 Ccm., spec. Gew. = 1026, Eiweissgehalt = 0,75‰. 1 spontaner Stuhl. Pat. hat in der Nacht mässig geschlafen; starke Schweisse. 120 an der Herzspitze gleich laut hörbare Herzcontractionen, an der Radialis und der Carotis indessen nur 60 fühlbare Pulse, an der Carotis zuweilen auch 120 Pulse in Form der Bigemini zu fühlen. An der Aorta hört man einen gespaltenen zweiten Ton, mit dem Accent auf dem ersten Spalttone (— ύυ — ύυ), bei der Auscultation über der Pulmonalis ist der Accent auf dem zweiten Spalttone, über dem rechten Ventrikel hört man, dass der zweite Ton gespalten ist, der Accent jedoch auf den ersten Ton fällt (ˊ υυ ˊ υυ). Es lässt sich mit Sicherheit die Pulsatio epigastrica fühlen, und zwar bemerkt man am unteren Ende des Proc. xiphoideus eine quergestellte Einsenkung, die offenbar durch den sich verwölbenden unteren Rand des rechten Ventrikels und den vorgewölbten linken Leberlappen gebildet wird. Die obere Wand der Einsenkung pulsirt und macht 120 gleichstarke Schläge ohne Andeutung der Bigeminie, die untere pulsirt nicht. Bei angehaltenem Athem fühlt man auch den Leberpuls in 120 gleichen Schlägen p. m., ohne Bigeminie. Im Allgemeinen die Pulse an der Radialis und Carotis schwer zu fühlen. Die Dyspnoeanfälle seltener und weniger stark. Die Grenzen der einzelnen Organe und der Oedeme wie früher.

19. Januar. Milchmenge 1200,0; Zwieback 96,0; Harnmenge 650,0, spec. Gew. $1027\frac{1}{2}$, Eiweissgehalt = 0,75‰; 1 spont. Stuhl. Die Spaltung des 2. Herztones weniger ausgesprochen. Von jetzt ab soll Pat. nicht mehr Aether riechen.

20. Januar. Milchmenge 1620.0, Zwieback 108.0 (9 × 180,0 Milch + 1 Zwieback). Harnmenge 720 Ccm.; spec. Gew. $1026\frac{1}{2}$; Eiweissgeh. 0,6‰; 1 spont. Stuhl. Das Befinden des Pat. hat sich gebessert; guter Schlaf; keine stärkeren Dyspnoeanfälle mehr, trotzdem immer noch starkes Schwitzen; die Oedeme sind schon fast ganz geschwunden; der Harn ist immer klarer geworden, reagirt schwach sauer, lässt beim Stehen keinen Bodensatz mehr fallen.

21. Januar. Milch- und Zwiebackmenge wie Tags zuvor; Harnmenge 700 Ccm., spec. Gew. 1026; Eiweissgeh. 0,5‰; 2 spont. Stühle. Keine Dyspnoeanfälle mehr; die Spaltung des zweiten Herztones wieder deutlicher zu hören.

22. Januar. Milchmenge 1800,0 (= 10 × 180,0), Zwieback 120,0; Harnmenge 790; spec. Gew. 1025, Eiweissgeh. 0,5‰; 2 spont. Stühle. Keine Oedeme mehr; guter Schlaf, gutes Befinden; der Puls an der Radialis sehr schwach, nicht zu zählen, an der Carotis 120 gleichstarke Schläge: die Spaltung des zweiten Herztones undeutlich zu hören; der Harn klar, enthält nur einige wenige hyaline Cylinder. Pat. fühlt sich von der genossenen Milchmenge vollkommen gesättigt.

23. Januer. Milchmenge 1620,0 Zwieback 108,0; Harnmenge 680,0, spec. Gewicht 1026, Eiweissgeh. 0,75‰, 1 spont. Stuhl. Pat. wurde Tags zuvor so gelagert, dass er zum Fenster hinaus auf die Strasse sehen konnte.

24. Januar. Milchmenge 1800,0, Zwieback 120,0; Harnmenge 690 Ccm., spec. Gew. 1023, Eiweissgeh. 0,5‰; nach 0,3 Calomel 3 Stühle. Im Harn keine Cylinder mehr.

25. Januar. Milchmenge 1800,0 (9×200,0), Zwieback 108,0. Harnmenge 690 Ccm., spec. Gew. 1024, Eiweissgeh. 0,4‰; 2 spont. Stühle. An der Radialis 120 Pulse in Form der Bigemini, an der Carotis 120 anscheinend gleichstarke Pulsschläge. Die Herztöne rein, keine Verdoppelungen. Pat. klagt über Durst. Es wird ihm erlaubt geringe Mengen Wasser zu schlucken.

26. Januar. Milchmenge 1800.0, Wasser 90,0. Zwieback 54,0; Harnmenge 720 Ccm., spec. Gew. 1024, Eiweissgeh. 0,3‰; 2 spont. Stühle. Der Puls an der Radialis nicht zu zählen, an der Carotis 120 Schläge in Form der Bigemini. Pat. klagt über starken Widerwillen gegen die Milch.

27. Januar. Milchmenge 1800,0, Zwieback 54,0; Harnmenge 620 Ccm., spec. Gew. 1026, Eiweissgeh. 0,4‰; 2 spont. Stühle. Der Puls an der Radialis nicht zählbar, an der Carotis 120 Schläge, von welchen aber einige schwach sind oder ganz ausbleiben.

28. Januar. Harnmenge 555 Ccm., spec. Gew. 1025. Eiwgeh. 0,5‰, 1 spont. Stuhl. Die abendlichen Dyspnoeanfälle sind seit einiger Zeit weggeblieben; Patient hat meistens des Nachts so stark geschwitzt, dass der grösste Theil des aufgenommenen Wassers durch die Haut abgeschieden worden ist. Die Leber anscheinend nicht kleiner und nicht weicher geworden. Der Puls an der Radialis noch sehr klein und weich, immerhin etwas deutlicher zu fühlen als vor 2 Wochen. Bei gleichzeitiger Auscultation des Herzens bemerkt man, dass viele Schläge nicht bis in die Radialis fortgepflanzt werden. Die Herzdämpfung von rechts und links her um eine Fingerbreite kleiner geworden, die Herztöne rein. Die Herzthätigkeit an Rhytmus und Frequenz fortwährend wechselnd. Pulsatio epigastrica deutlich, Leberpuls nicht zu bemerken. Kein Halsvenenpuls, keine Cyanose, keine Oedeme. Ascites noch vorhanden, reicht im Stehen bis zur Mitte zwischen Symphyse und Nabel. Der Husten hat sich verringert, wenig schleimiger Auswurf; die Lungen normal, keine katarrhalischen Geräusche. Unüberwindlicher Widerwillen gegen die Milch, so dass man wieder zur gemischten Kost übergehen muss. Diät fortan:

I. Um 8 Uhr Morgens: 1 Glas (210,0) Milch mit Thee und 2 Albertbisquits.

II. Um 12 Uhr Mittags: Weissbrod mit etwas Butter, kaltes Fleisch oder Käse, dazu 1 Glas Selters, Limonade oder kalter Thee.

III. Um 4 Uhr. Bouillon mit Kartoffeln, Cotelettes oder Fleischkuchen; zum Nachtisch 1 Apfel,

IV. Um 8 Uhr Abends: 1 Glas Thee mit Milch, 2 weichgekochte Eier.

29. Januar. Harnmenge 630 Ccm., spec. Gew. $1023\frac{1}{2}$, Eiwgeh. 0,3‰, 1 spont. Stuhl. Die Zahl der Herzactionen p. m. um 120 herum, dieselben erfolgen jedoch nicht immer regelmässig in gleichen Intervallen, sondern sind dazwischen frequenter. Pat hat im Laufe des Tages 1 Flasche Citronenlimonade (ca. 750,0) getrunken.

30. Januar. Harnmenge 530 Ccm., spec. Gew. 1023, Eiwgeh.

0,6°/oo; 1 spont. Stuhl. Diaet wie Tags zuvor. Pat. hat leichtere Anfälle von Kurzathmigkeit gehabt.

31. Januar. Harnmenge 500,0, spec. Gew. 1023, Eiweissgeh. 0,7°/oo; 1 spont. Stuhl. Der Harn lässt beim Erkalten ziemlich viele Urate fallen, enthält hyaline Cylinder. Pat. fühlt sich matt, die Kurzathmigkeit ist grösser geworden, der Puls sehr schwach, dazwischen arhythmisch, aber keine Verdoppelung des zweiten Herztones. Von jetzt ab bekommt Pat. alle 2 Stunden 1 Esslöffelvoll Infusum folior. digitalis (1,0 : 150,0 Aq.) Diaet wie Tags vorher.

1. Februar. Harnmenge 510 Ccm., spec. Gew. 1024, Eiwgeh. 0,25°/oo; 1 spont. Stuhl. Pat. hat keine Athembeschwerden mehr gehabt. Die Herzthätigkeit rhytmisch, an der Radialis 120 Pulse in Form der Bigemini; der zweite Herzton gespalten. An den Füssen leichte Oedeme.

2. Februar. Harnmenge 700 Ccm., spec. Gew. 1022, Eiwgeh. 0,25°/oo; 1 spont. Stuhl. Diät wie vorher.

Keine Athmungsbeschwerden mehr, keine Schweisse; guter Schlaf, gutes Allgemeinbefinden. Die Herzthätigkeit kräftiger. Keine Oedeme mehr. Der Harn klar, lässt kein Sediment fallen, enthält keine hyaline Cylinder. Fernerhin bekommt Pat. alle 3 Stunden ein Esslöffelvoll von dem Digitalisinfus.

3. Februar. Harnmenge 1100 Ccm., spec. Gew. 1022, Spuren von Eiweiss; ein spont. Stuhl; Diät wie vorher.

Die Herzaction rhytmisch; keine Verdoppelung der zweiten Töne. Die Herzdämpfung nach rechts bis zur Linea sternalis, nach links bis zur l. mamillaris sin. zurückgegangen; der Leberrand deutlich zu fühlen, schärfer als früher; die Leber nicht druckempfindlich und weicher, der untere Rand reicht bis zur Mitte zwischen Proc. xiphoideus und Nabel. Hände und Füsse warm. Beim Sitzen wird der Herzschlag nicht schneller. An den abhängigen Lungenpartien etwas feinblasiges Basseln.

4. Februar. Harnmenge 1090 Ccm., spec. Gew. 1021; Spuren von Eiweiss; 1 spont. Stuhl. Diät wie vorher.

Am Herzen p. m. 96 arhythmische Herzactionen zu zählen; gewöhnlich folgen zwei derselben, ein stärkerer und ein schwächerer, auf einander und entsteht dann eine Pause von der Dauer einer Action. An der Radialis ist meistens hin und wieder ein Pulsschlag zu fühlen, zuweilen bemerkt man aber auch eine fortgesetzte gleichmässige Reihe von Pulsschlägen, wobei jedoch immer nur die Hälfte der am Herzen zu zählenden Contractionen an der Radialis gefühlt werden konn.

5. Februar. Harnmenge 2100 Ccm., spec. Gew. 1020, Spuren von Eiweiss: 2 spont. Stühle. Diät wie vorher.

120 rhythmische Herzactionen p. m.; der Puls an der Radialis schwach, nicht zu zählen. Es wird der Gebrauch der Digitalis ausgesetzt, nachdem im Ganzen in 5 Tagen 4 Flaschen à 1,0 fol. Digitalis: 150 aq. dest. verbraucht worden.

6. Februar. Harnmenge 1900 Ccm., spec. Gew. 1020; Spuren von Eiweiss; 1 spont. Stuhl. Diät wie vorher.

80—96 Herzactionen p. m.; es ist immer jede zweite Action schwächer als die vorhergehende und oft bleibt die dritte Action aus. An der Radialis dazwischen Viertelminutenweise 11 ziemlich kräftige Pulsschläge zu zählen, an der Brachialis wie an der Carotis schiebt sich zuweilen zwischen 2 kräftigere Pulse ein schwacher ein.

7. Februar. Harnmenge 1900 Ccm., spec. Gew. 1020, Spuren von Eiweiss. 2 spont Stühle. Diät wie vorher.

120 rhytmische Herzactionen p. m.; an der Radialis 60 schwache Pulsschläge.

8. Februar. Harnmenge 1450 Ccm., spec. Gew. 1021, Spuren von Eiweiss; 2 spont. Stühle. Diät wie vorher.

Befund wie Tags vorher.

9. Februar. Harnmenge 1600 Ccm., Spuren von Eiweiss: 1 spont. Stuhl. Diät wie vorher.

10. Februar. Harnmenge 900 Ccm., spec. Gew. 1026, Spuren von Eiweiss; 1 spont. Stuhl. Diät wie vorher.

118 Herzactionen p. m.; an der Radialis 59 Pulsschläge, welche Zahl aber beim Husten sich verdoppelt, indem sich immer ein kleiner Schlag einschiebt. Bei angehaltenem Athmen zuweilen gespaltene zweite Töne. Seit ein paar Tagen starker Husten, daher etwas Aq. laurocerasi mit Morphium verordnet. Der Appetit und die Verdauung sind ausgezeichnet. Der Harn nicht ganz klar, lässt beim Erkalten ziemlich viele Urate fallen.

11. Februar. Harnmenge 930 Ccm., spec. Gew. 1026, Spuren von Eiweiss; 1 spont. Stuhl. Diät wie vorher.

Befund wie Tags vorher.

12. Februar. Harnmenge 820 Ccm., spec. Gew. 1025, Spuren von Eiweiss; 2 spont. Stühle. Diät wie vorher.

Befund wie Tags vorher.

13. Februar. Harnmenge 900 Ccm., spec. Gew. 1025, Spuren von Eiweiss; 1 spont. Stuhl. Diät wie vorher.

Befund wie Tags vorher.

14. Februar. Harmenge 600 Ccm., Spuren von Eiweiss; 2 spont. Stühle. Diät wie vorher.

120 rhytmische Herzactionen p. m.; an der Radialis meist in der Minute 60 Schläge zu fühlen. Die Herzdämpfung reicht rechts bis zur rechten Sternallinie, links bis zur Mamillarlinie, oben bis zum oberen Rande der 4. Rippe. Die Leber ziemlich derbe, bis 3 Fingerbreit über den Nabel reichend. Ascites wie früher. Keine Oedeme, keine Cyanose, keine Schweisse, keine Athmungsbeschwerden. Guter Schlaf, guter Appetit, gute Verdauungsthätigkeit. Da Pat. behauptet nach Hause fahren zu müssen, so unternimmt er eine Probefahrt in der Stadt, nach welcher eine Verschlimmerung seines Zustandes nicht bemerkt wird.

Am 15. Februar reist Pat trotz aller Gegenvorstellungen heim.

Im vorliegenden Falle haben wir es, wie die Percussion zeigt, mit einem ziemlich stark dilatirten Herzen zu thun, welches seiner Aufgabe nicht mehr gewachsen ist (Stauungserscheinungen, schwacher Puls), ausserdem begegnen wir noch verschiedenen Eigenthümlichkeiten der Herzthätigkeit und des Pulses.

Für die Dilatation finden wir bei der objectiven Untersuchung keinen Grund, wir finden keine Symptome eines Klappenfehlers, keine Arteriosclerose. Wenn auch, wie der Leberpuls es zeigt, eine Tricuspidalinsufficienz vorhanden war, so war das eine Folge der Dilatation des rechten Ventrikels und nicht eine Ursache derselben, da bei Aufbesserung der Circulationsverhältnisse auch der Leberpuls verschwand, folglich die Insufficienz nur eine relative war.

Aus der Anamnese erfahren wir, dass der Vater des Patienten an einem Herzfehler gestorben, ein Bruder augenblicklich herzleidend ist, so dass bei ihm wohl eine hereditäre Disposition zu Herzkrankheiten angenommen werden kann. Pat. hat allerdings in seiner Jugend Scharlach und Typhus abdominalis durchgemacht, hat aber nachher auch grosse körperliche Anstrengungen ohne schlechte Folgen ertragen, so dass sein Leiden wohl nicht auf diese Krankheiten zurückgeführt werden kann. Pat. ist aber seit einiger Zeit starker Potator und wir können bei ihm mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Fettdegeneration des Herzmuskels infolge der Alcoholwirkung annehmen, was denn auch durch die klinischen Erscheinungen bestätigt wird. Wir finden bei ihm alle von Rühle (Dtsches Arch. f. klin. Med. XXII), Riegel (Ztschr. f. klin. Med. XIV), Leyden (Ztschr. f. klin. Med. V) und Fraentzel (Krankheiten des Herzens I) für das Fettherz als charakteristisch angegebenen Merkmale: der Puls ist klein, beschleunigt, fast immer rhythmisch, schon bei geringen körperlichen Bewegungen tritt Dyspnoe auf etc.

Was die Entstehung des Leidens bei unserem Patienten betrifft, so entspricht sie ganz einer Schilderung Fräntzels über die Entstehung des Alcoholherzens. Es wird durch die Alcoholwirkung der Puls stark beschleunigt. Wenn diese Schädiichkeit anhaltend einwirkt, muss sie schliesslich zur Ermüdung und Dilatation des Herzens führen, wozu bald immer stärker werdende Dyspnoe, tiefer werdende Cyanose, auffallend grosse Leberdämpfung und allmählich eintretender Hydrops hinzukommen. Den Gang der Degeneration des Myokards scheint die Influenza, besonders aber die Heirath des Patienten bedeutend beschleunigt zu haben. Wenn nach Fraentzel die Thatsache allgemein bekannt ist, dass, wenn ältere Männer jüngere Frauen heirathen, die Folge der gesteigerten sexuellen Thätigkeit sich nur zu bald durch Zustände von Herzschwäche bemerkbar zu machen pflegt, so kann man das auch von jüngeren Männern sagen, wenn sie von vorn herein kein gang kräftiges Herz besitzen.

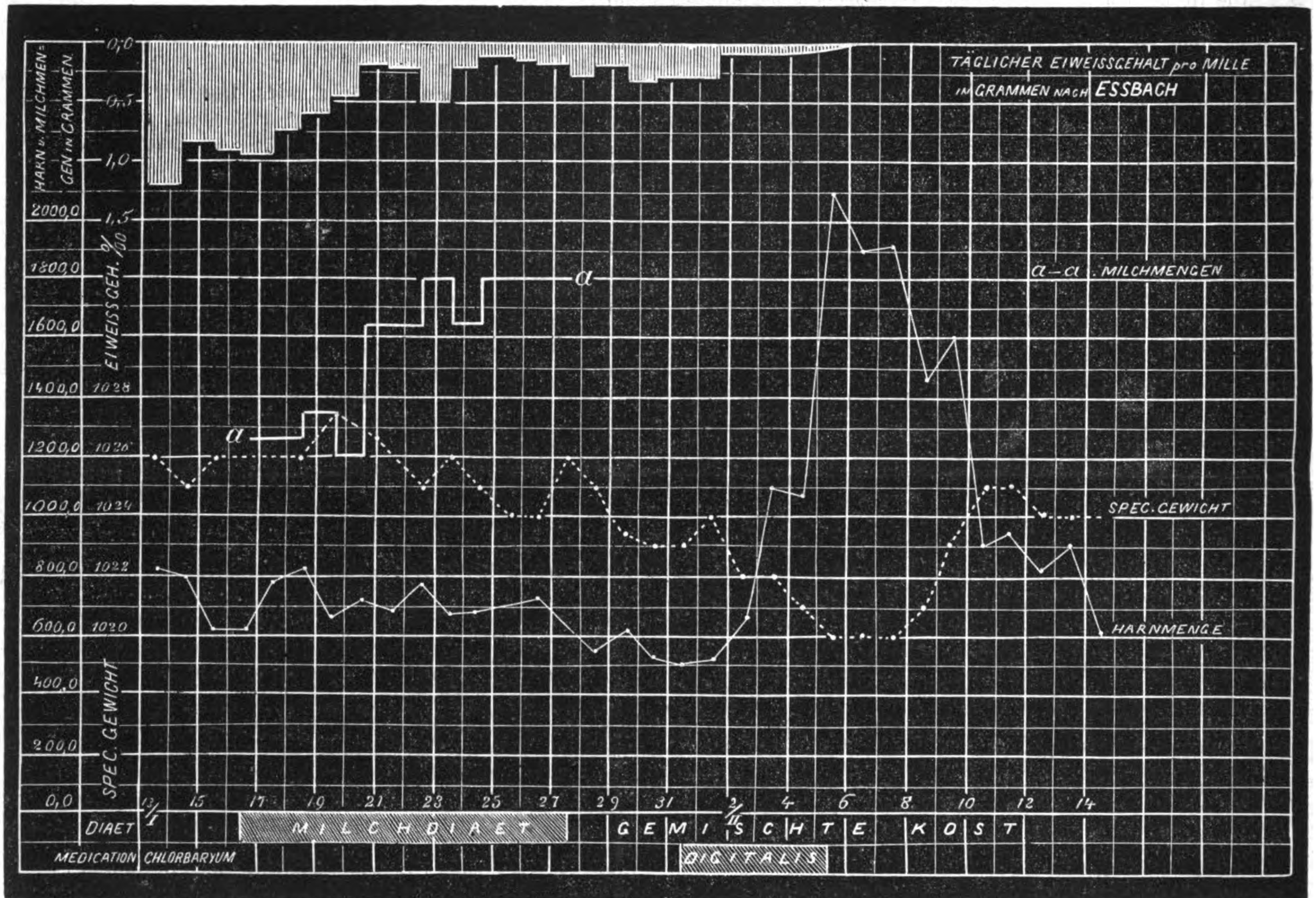
Was die Spaltung des zweiten Herztones anbelangt, so kann diese Erscheinung nach grossen körperlichen Anstrengungen auch bei Gesunden auftreten, ist nach Dehio (Petersb. med. Wschr. 1891, Nr. 32) aber immer ein Zeichen, das auf eine Insufficienz des rechten Ventrikels schliessen lässt.

Der Umstand, dass oft auf 2 Herzactionen nur ein fühlbarer Radialpulsschlag kam, entstand in unserem Falle nicht durch eine Systolia alternans, wie sie von Unver-

richt (Berl. klin. Wochenschrift) beschrieben ist, sondern dadurch, dass mit stärkeren Herzcontractionen schwächerabwechselten, welche in den Arterien keine fühlbare Pulse welle mehr erzeugen konnten. Dieser höchste Grad der Bigeminie der Herzthätigkeit war jedoch nicht permanent vorhanden. Es konnte an der Radialis vielmehr oft auch ein stärkerer und ein schwächerer Pulsschlag in regelmässiger Abwechselung wahrgenommen werden; es konnte beim Ausbleiben des schwächeren Schlages derselbe hervorgerufen werden durch Verstärkung der Herzthätigkeit durch Bewegung, es konnte die schwächere Welle noch an der Carotis gefühlt werden, wo sie an der Radialis nicht mehr zu fühlen war. Es konnte deutlich der Uebergang vom Pulsus bigeminus zum intermittirenden Pulse verfolgt werden, wo die zweite (schwächere) Herzcontraction nicht nur keinen fühlbaren Arterienpuls mehr erzeugte, sondern auch auscultatorisch am Herzen nicht mehr wahrgenommen werden konnte.

Pat. hat, nach seinen Angaben, weder durch die zu Hause ohne gehörige Diät und ohne Bettruhe gebrauchte Digitalis, noch durch deren Ersatzmittel eine Erleichterung seines Zustandes erreichen können, auch die strenge Bettruhe blieb ohne merkliche Folgen, erst mit dem Beginne der Milchkur begann das Eiweiss aus dem Harn zu schwinden, sank das spec. Gewicht des Urins (siehe Tabelle), schwanden allmählich die Stauungserscheinungen, besserte sich das subjective Befinden und wurde die Herzdilatation geringer, Es war die Milchkur also auch hier, wie in vielen mitgetheilten Fällen, von sehr günstigem Einfluss auf die Herzkrankheit. Wie diese günstige Beeinflussung zu Stande kommt, ist noch nicht genau festgestellt. Da die Milch ein sehr stark verdünntes Nahrungsmittel ist und in unserem Fall, nach der Carell'schen Vorschrift nur in verhältnissmässig geringen täglichen Mengen verabfolgt wurde, so ist eine solche Milchkur zugleich eine halbe Hun-

KOPPEL, CARELL'sche MILCHKUR (siehe unten).



gerkur. Nach Hirschfeldt (Berl. klin. Wochenschr. 1892, Nr. 11) kann das Herz, ohne dass sein Muskel geschwächt wird, solch eine knappe Diät ganz gut ein paar Wochen aushalten. Dadurch dass dem Körper geringere Mengen Flüssigkeit zugeführt werden, wird nach Oertel der Blutdruck in den Gefässen geringer, somit die Herzarbeit leichter; es steigt dabei ferner nach Zuntz (Berl. klin. Wochenschrift 1892, Nr. 15) der relative Haemoglobingehalt des Blutes, es kann von einem haemoglobinreicheren Blute bei der Athmung der Sauerstoff leichter aufgenommen werden, woraus wieder eine Arbeitserleichterung für das Herz resultirt. Durch strenge Bettruhe und durch leicht verdauliche Nahrung in geringeren Mengen, wie ja die Milch bei der Milchkur es ist, wird ferner der Sauerstoffbedarf des Körpers merklich verringert, wie Mering und Zuntz gezeigt haben, und auch dieser Umstand kommt der Herzarbeit zu Gute.

Die Milchkur kann nach allem dem also nicht die Kraft des Herzmuskels und die Leistungsfähigkeit desselben steigern, wohl aber verringert sie die Grösse der dem Herzen auferlegten Arbeit, so dass dieselbe auch schon von einem verhältnissmässig schwachen Herzen geleistet werden kann. Hierauf beruht die Bedeutung und der Werth der Carell'schen Milchkur. Eine relative Insufficienz des Herzens kann durch sie zum Schwinden gebracht werden, indem sie die Widerstände des Blutdruckes vermindert, die vom Herzen überwunden werden müssen. Auch in unserm Fall wurde eine eigentliche Kräftigung der Herzthätigkeit durch die Kur nicht erreicht. Es schwanden wohl die Cyanose, das Oedem und die Albuminurie als Zeichen der Insufficienz, da das Herz die verringerte Arbeit leisten konnte, es stieg aber die Harnmenge nicht. Erst beim Digitalisgebrauch wurde

durch das Steigen der täglichen Harnmengen eine Blutdruckerhöhung in den Arterien, eine vorübergehende Kräftigung der Herzthätigkeit erzielt. Auch zum Schluss der Beobachtung war das Herz noch sehr schwach; eine compensatorische Hypertrophie der Muskelmasse bei der höchst wahrscheinlichen schweren organischen Erkrankung des Herzmuskels war in der kurzen Zeit auch nicht zu erwarten.

Was nun die täglich zu verabreichende Milchmenge betrifft, so empfiehlt Carell mit 600 bis 800 Grm. zu beginnen. Ein so geringes Quantum wird man aber wol nur wenig Tage lang verabreichen dürfen, da sonst der Körper rasch einer hochgradigen Inanition verfallen würde. Sehr bald wird man auf etwa 1500 Grm. Milch pro die steigen müssen, um annähernd das Stickstoffbedürfniss des ruhenden Körpers zu decken. Dieses Quantum aber, welches nach Oertel genügt um das Flüssigkeitsgleichgewicht des Körpers aufrecht zu erhalten weit zu übersteigen dürfte andrerseits gleichfalls nicht rathsam sein, da sonst die dem Herzen zuzumuthende Arbeit über das unumgängliche Minimum, welches wir ja einzuhalten wünschen, gesteigert werden würde. Das Deficit welches bei 1500 Grm. Milch pro Tag für die täglich erforderliche Menge stickstofffreier Nährstoffe immer noch ungedeckt bleibt kann durch etwa 100 Grm. Zwieback ersetzt werden.

So haben wir es wenigstens bei unserem Patienten gehalten und damit einen guten Erfolg erzielt.

Eine andre Möglichkeit, dem Körper die leicht verdaulichen Nährstoffe der Milch in grösserer Quantität zuzuführen, ohne den Kreislauf mit zu grossen Flüssigkeitsmengen zu belasten, würde darin bestehen, condensirte Milch zu benutzen, von etwa der doppelten Concentration der gewöhnlichen Kuhmilch. Versuche in dieser Richtung sind meines Wissens noch nicht gemacht worden, dürften aber gewiss anzurathen sein.

Die beigefügte Tabelle zeigt, wie während der Milchkur (vom 16. bis 28. Januar) der Eiweissgehalt des Urins sich verminderte und fast verschwand, ohne dass die Urinmenge zunahm. Die letztere hob sich erst unter Digitalisgebrauch, um nach Aussetzen dieses Mittels wieder zu sinken. Die schraffirte obere Partie der Tabelle kennzeichnet die täglich ausgeschiedenen Eiweissmengen; die Linie a—a giebt die täglichen während der Milchkur consumirten Milchmengen an; die ausgezogene Kurvenlinie giebt die tägliche Urinmenge, die punctirte Linie das täglich bestimmte spec. Gewicht des Harnes.

Referate.

Behring: Die Blutserumtherapie bei Diphtheritis und Tetanus. Einleitung. (Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten. XII. Bd. I. Heft.

Bei den Studien und Experimenten für gewisse Infectionskrankheiten empfängliche Thiere gegen diese Krankheiten künstlich immun zu machen, machte B. die Erfahrung, dass solches für Tetanus und Diphtherie sehr wohl bei vielen Thieren gelingt, und ferner, dass dann das Blut (und auch das Blutserum allein) so immun gemachter Thiere andern Thieren, die nicht immunisirt waren, in die Peritonealhöhle eingespritzt, diese sowohl bei bald nachfolgenden sonst durchaus tödtlichen Injectionen am Leben erhält, als auch kürzlich vorangegangene Injectionen unschädlich macht, an denen alle Controlthiere starben. Es ist sehr wahrscheinlich, dass das Blutserum hoch immun gemachter Thiere das erreicht, nicht indem er das Leben und die Vermehrung der den Impflingen injicirten Bakterien hindert, sondern indem es die giftigen Stoffwechselproducte dieser Bacterien unschädlich macht. Also es macht — nach der neuern Nomenclatur — nicht eigentlich immun, sondern **giftfest**. Mit dem Blute angeboren immuner Thiere machte B. nicht dieselbe Erfahrung, es besteht somit ein wesentlicher Unterschied zwischen angeborener und künstlicher Immunität. Seine Resultate veranlassen B. die Hoffnung auszusprechen, dass der weitere Weg für die Gewinnung specifisch wirkender Heilmittel gegen Infectionskrankheiten klar vorgezeichnet ist. Man hat zunächst bei empfänglichen Thieren einen hohen Grad von Immunität zu erzeugen und dann zu versuchen, ob das Blut des immunisirten Thieres bei einem andern schützende und heilende Wirkung hervorzubringen im Stande ist.

Behring und Wernicke: Ueber Immunisirung und Heilung von Versuchsthieren bei Diphtherie. (ibidem).

Bisher galt es für sicher (Löffler, M. Beck), dass die D. bacillen nur local auf der Schleimhaut sich vermehren können, nie in den Säftestrom gelangen, so dass die Allgemeininfection bei D. auf Resorption der giftigen Stoffwechselproducte der Bacterien (Löffler) oder durch das massenhafte Eindringen von Streptococcen durch die zerstörte Schleimhaut ins Blut (Beck) beruhen. B. und W. haben nun die Entdeckung gemacht, dass bei einem an Rachen- und Kehlkopf — D. verstorbenen Kinde sich aus allen Organen D.-bacillen herauszüchten liessen. Es bleibt dahingestellt, ob das bei jedem D.-kranken der Fall ist, oder nur ausnahmsweise; ebenso ob ein längerer Zeitraum vergehen muss, ehe die D.-bacillen aus dem ursprünglichen Localherde ins Blut gelangen, oder ob das sehr bald nach der Localinfection geschehen kann. Es ist klar, dass im letzteren Falle ein möglichst frühes Beginnen einer genügend energischen Localtherapie besonders dringend geboten ist. Nicht mit einer Andeutung erwähnen B. und W., dass der Localprocess im Rachen das Secundäre, die Allgemeininfection das Primäre sein könnte. Jedenfalls macht diese neue Entdeckung den Besitz eines vom Blut aus wirkenden Mittels gegen D. noch wünschenswerther. B. und W. glauben dasselbe im Blutserum künstlich gegen D. immun gemachter Meerschweinchen, Kaninchen und Schafe gefunden zu haben. Solche Versuche an D.-kranken Menschen haben in der v. Bergmannschen Klinik begonnen. Ueber das Resultat dieser Versuche ist noch nichts bekannt.

Künstlich immun machten sie anfangs Meerschweinchen, indem sie dieselben nach Infection mit D.-bacillen durch sehr frühzeitige Localbehandlung mit Jodtrichlorid heilten; wurde das in bestimmten Pausen an denselben Thieren wiederholt, so trat Immunität dieser so empfänglichen Thiere gegen D. ein. Später erschien es zweckmässiger, das D.-gift ausserhalb des Körpers mit Jodtrichlorid zu behandeln, abzuschwächen. Dabei erwies es sich dass nicht die D.-bacillen als solche Krankheit und Tod bringen, sondern nur ihr Stoffwechselgift; auch das Filtrat alter D.-bacillenculturen, das fast keimfrei war, war so giftig, dass 0,15 Ccm. davon genügte, ein ausgewachsenes Meerschweinchen in 4 Tagen zu tödten. Die Details der verschiedenen Wege, wie die Autoren schliesslich mit grosser Sicherheit die Thiere immunisiren, giftfest machen, siehe im Original. Je weiter der Grad der Immunität gebracht war, um so deutlicher die therapeutischen Erfolge. Dem immunisirten Thiere wurde Blut entnommen und das daraus gewonnene Serum einem nicht immunisirten Thiere in die Bauchhöhle injicirt in einer dem Körpergewicht entsprechenden Menge. Einen Tag später wurde diesen Thieren D.-bacillencultur in einer Menge injicirt, die ausnahmslos die Controllthiere tödtete, während erstere am Leben blieben und weder locale noch allgemeine Krankheitserscheinungen darboten. Die Quantität des dabei verbrauchten Blutserums ist von grösster Bedeutung. Um ein Meerschweinchen immun zu machen, bedürfe es, dass ihm $^1/_{10}$ der gesammten Blutmenge des immunen Blutspenders transfundirt werde. Also keine Fermentwirkung, sondern das Thier bekommt ein andres Blut und damit gewisse Eigenschaften und Fähigkeiten des Blutspenders. Zu Heileffecten (also wenn die Infection vorangeht und das Heilblutserum später transfundirt wird) braucht man noch grössere Mengen Serum als für die Immunisirung, und zwar um so grössere, je mehr Zeit seit der Infection verflossen war. Wird auf solche Weise das Thier am Leben erhalten, so nimmt auch bei ihm die Immunität gegen D. zu. Wurde aber nur Serum injicirt und weder vorher noch nachher D.-gift, so erhielt sich Immunität auch mindestens mehrere Wochen.

Den Verfassern gelang es, Heilserum vorräthig zu halten und zwar durch Zusatz von Carbolsäure monatelang unverändert, ohne dass die Heilkraft merklich abgeschwächt wurde. Die Verfasser geben durch Veröffentlichung der Protokolle aller ihrer Versuche genauen Einblick in die Methode der Gewinnung des Heilserums und der Wirkung desselben auf die Impflinge und ermöglichen so jederzeitige Nachprüfung ihrer Arbeit.

Behring: Ueber die Immunisirung und Heilung von Thieren bei Tetanus. (ibidem).

Dieselben Erfahrungen wie bei Diphtherie machte B. auch bei T. Schafe und Pferde — sehr für T. empfängliche Thiere — wurden durch wiederholte Injectionen allmählig immer gesteigerter Quantitäten von T. Bacillenculturen, welche durch Jodtrichlorid giftärmer gemacht waren, hochimmun gemacht. Das Blutserum dieser Thiere erwies sich als sicher lebensrettend bei Thieren, denen tödtliche Gaben der ungeschwächten Culturen injicirt wurden, sowohl bei prophylaktischer Anwendung

als auch bei nachträglicher. Bei letzterer mussten nur die Quantitäten des Heilserums grösser sein. Dabei erwies es sich dass das Heilserum keineswegs nur bei Thieren derselben Gattung half, ein Pferdeblutserum erwies seine Heilkraft sowohl bei Mäusen, als bei Schafen und Pferden. Durch Carbolzusatz gelang es auch hier grosse Quantitäten Heilserum lange aufzubewahren und heilkräftig zu erhalten. Beiläufig machte B. die Erfahrung, dass Kaninchen, während sie durch wiederholte Injectionen immun gemacht wurden, folgendes darboten: Nach jeder Injection wurden sie (wie es ja auch anders nicht möglich ist) krank; während der Reconvalescenz waren sie ausnahmslos gegen T.-infectionen viel empfindlicher als frische Thiere. Hatten sie sich aber vollständig erholt, so war schon deutliche Immunität (nach den ersten Injectionen schwach, nach weiteren schliesslich vollständig) da. Es erinnert das doch sehr daran, dass z. B. während der Reconvalescenz vom Typhus abd. beim Menschen Recidive sehr leicht auftreten, während vollständige Heilung vor der Wiederkehr derselben Krankheit schützt.

G. Klemperer und F. Klemperer: Ueber die Heilung von Infectionskrankheiten durch nachträgliche Immunisirung. (Berl. klin. Wochenschrift. 1892, Nr. 18).

Seit dem Bekanntwerden der von Behring und Kitasato entdeckten Immunisirung gegen Diphtherie und Tetanus durch das Blutserum hochimmun gemachter Thiere, hat sich dasselbe Verfahren auch bei andern Infectionskrankheiten bewährt: Schweinerothlauf, Pneumoniecoccensepticämie, Mäusesepticämie Infection mit Friedländerschen Bacterien und neuerdings Typhus. Es bestätigt sich bei allen diesen «dass jede starke erworbene Immunität mit dem Serum des immunen Thieres auf andere übertragbar ist und dass die so erzielte Immunität so schnell eintritt, dass sie auch bereits erkrankte Thiere noch zu immunisiren, d. h. heilen vermag». Dabei erwies es sich, dass die Serumtherapie durchaus eine specifische ist, d. h. das Serum gegen Pneumoniecoccensepticämie immun gemachter Thiere half nur gegen dieselbe Krankheit. Aber das liess sich mit Sicherheit constatiren, dass ein Thier gleichzeitig gegen 2 Infectionskrankheiten immun gemacht werden kann und nun sein Blutserum sich an zwei andern Thieren heilkräftig erwies, welche mit je einer der betreffenden Krankheiten inficirt wurden; jede der beiden Krankheiten wurde ebenso prompt geheilt als ob das Heilserum nur für dieselbe Krankheit allein immunisirt sei. Ob das für noch mehr als zwei Infectionskrankheiten gleichzeitig gilt, ist noch nicht erprobt worden. Die Autoren ziehen den Schluss: «wir müssen die theoretische Grundlage der Serumtherapie als eine gesicherte und ihre Verwerthung beim Menschen als eine mögliche bezeichnen». Als erschwerenden Umstand für eine etwaige weite Verbreitung dieser Therapie sehen die Autoren die schwierige Beschaffung genügender Mengen Heilserum und haben daher Versuche angestellt, die rettende Immunisirung — statt vermittelst der vorherigen Immunisirung eines gesunden Thieres — direct zu veranstalten, indem dem inficirten Thiere Bouillonculturen der betreffenden Bacillen eingespritzt wurden (über Präparation dieser Culturen, Erwärmung, Concentration etc. siehe das Original). Auch das gelang, aber die Immunisirung (Heilung) erfolgte viel langsamer als bei Injection von Heilblutserum, so dass die Methode der Klemperers nur für chronisch oder subacut verlaufende Infectionskrankheiten passt.

(Refer. scheint diese Methode ganz dem Princip der Koch'schen Tuberculinbehandlung zu entsprechen und sieht er in den positiven Erfolgen der Autoren eine Stütze der Tuberculinbehandlung).

L. Brieger, S. Kitasato und A. Wassermann: Ueber Immunität und Giftfestigung. (Zeitschrift für Hygiene und Infectionskr. Band XII, Heft 2).

Im menschlichen Körper entstehen durch den normalen Stoffwechsel Zwischenproducte, Fermente, die recht giftig sind, so die Peptone, gewisse Fermente wie Trypsin, Pankreatin. Diese Stoffe werden resorbirt, kreisen in der Circulation und schädigen doch nicht. Welche Organe vernichten diese Giftstoffe und machen sie unschädlich? Es sind die in die Circulation eingeschobenen gefässreichen Drüsen: Lymphdrüsen, Schilddrüse, Thymus. Die Bedeutung ersterer war längst bekannt. Bei localer Infection schreitet diese rasch fort bis zu der nächsten Lymphdrüsengruppe. Hier bleibt sie wie vor einem Walle stehen und oft genug kommt es zur Ausheilung. Den Autoren ist es auch geglückt, aus einem in der ersten Entstehung begriffenen Mammacarcinom einen giftigen Stoff darzustellen, der dagegen bei zwei zellarmen Fibromen nicht gefunden wurde (daher vielleicht bei ersteren Lymphdrüsenschwellungen in der Umgebung, bei letzteren nicht). Auch für die Schilddrüse liegen Beobachtungen am Krankenbett vor, die auf eine hervorragende giftzerstörende Fähigkeit derselben hinweisen. Die Cachexia strumipriva ist eine chronische Intoxication. Wurde diese bei Hunden hervorgerufen, so erwiesen sich intravenöse Injectionen von Schilddrüsensaft als heilend, ebenso Transplantationen von Schilddrüsengewebe, wenn die überpflanzte Drüse fortkam (letzteres hat Horsley auch für Menschen constatirt).

Das Studium dieser antitoxischen Function der Schilddrüse, Thymus und Lymphdrüsen hatten sich die 3 Autoren zur Aufgabe gestellt.

Wässerige, schwach alkalische Auszüge aus fein zerhackter Thymus oder Lymphdrüsen wurden in verschiedenen Quantitäten gewöhnlicher Peptonbouillon hinzugefügt und auf dieser Mischung die betreffenden Culturen gezüchtet, deren Vollgiftigkeit vorher genau constatirt war. Die Bacterien wuchsen in reichlichster Weise, hatten aber an Giftigkeit beträchtlich eingebüsst. Bei Umzüchtung jedoch auf gewöhnlicher Bouillon wurde sofort wieder die ursprüngliche Giftigkeit hergestellt. So konnten Tetanusbacillen gezüchtet werden, ohne dass das Nährmedium Tetanusgift in irgend nennenswerthem Maasse enthielt. Die giftzerstörende Kraft jener Substanz war also bewiesen. Bouillonculturen der Tetanus-, Cholera-, Typhus-, Diphtherie-, Erysipel-, Milzbrand- und Schweinerothlauferreger wurden so geprüft. Bei allen das gleiche Resultat: durch intraperitoneale Injectionen dieser betreffenden Flüssigkeiten wurden Versuchsthiere giftfest gemacht. Ob das gelungen war, wurde auf 2 fache Weise geprüft, ein Mal durch Einverleibung absolut sicher tödtlicher Dosen der betreffenden Bacterienart bei den vorbehandelten Thieren und gleichzeitig bei mehreren Controllthieren, und dann durch Prüfung des Blutserums der vorbehandelten Thiere auf seine Uebertragungsfähigkeit der Giftfestigung auf normale Thiere (Behring).

I. Tetanus. Es gelang zuweilen T.-bacillen auf sterilisirtem wässerigen Thymusauszug zum Wachsthum zu bringen aber merkwürdigerweise blieb die Sporenbildung immer aus. Impfte man von diesen Culturen auf Agartraubenzuckerlösung, so bildeten sich gleich sporenhaltige Culturen. Mischungen von Nährbouillon und Thymusauszug liessen reichliche T.-bacillenculturen wachsen, deren Giftigkeit aber fast ganz vernichtet war. Nachträgliche Zusätze von Thymusauszug zu vollendeten Bacillenculturen reducirten zwar die Giftigkeit sehr, aber wenn die Culturen sporenhaltig waren, kamen doch Todesfälle vor, bei sporenfreien nicht, obgleich die hohe Giftigkeit dieser letzteren vor dem Zusatze des Thymusauszuges jedes Mal geprüft wurde. Nun gingen die Autoren weiter und versuchten durch Einverleibung dieser Mischung (Thymus und Bacillenbouillon) gegen Wundstarrkrampf hochempfindliche Thiere gegen eine spätere Impfung mit vollvirulenten T. zu schützen. An 35 Kaninchen, vielen Mäusen und an einem jungen Hammel wurden diese Experimente gemacht — alle blieben am Leben, während alle Controllthiere starben, so dass also nach dieser Methode 100 pCt. aller Versuchsthiere mit Sicherheit geschützt werden können. Die Giftfestigkeit, nachdem sie einmal erlangt ist, dauert mindestens 4 Monate, wahrscheinlich viel länger.

II. Cholera. Unter allen Geschöpfen auf Erden wird nur der Mensch sehr leicht von der Ch. befallen. Ein einmaliges Ueberstehen giebt eine gewisse Immunität, während derselben Epidemie wird derselbe Mensch nicht zum 2. Mal befallen. Thiere erkranken spontan nicht an der Ch. Aber immun sind sie nur scheinbar, denn Koch sah sie nach Wegräumung der der Invasion der Ch.-träger hinderlichen Schutzwälle (saurer Magensaft und Darmperistaltik) befallen werden und unter demselben Symptomencomplex wie der Mensch erliegen. Meerschweinchen sind hoch empfänglich für Ch.. Kleinste Mengen Bouillonculturen intraperitoneal applicirt, oder etwas grössere per Schlundsonde (Koch) tödteten sicher. Die Section bot immer den gleichen charakteristischen Befund. Ganz sicher wirken die Kommabacillen nicht infectiös (durch unbegrenzte Vermehrung, Verstopfung der Capillaren) sondern toxisch, das von ihnen producirte Gift tödtet, wenn es in genügender Menge dem Thierkörper einverleibt wird. Pfeiffer hat die Wahrnehmung gemacht, dass die Thiere gegen Ch. immun aber nicht giftfest sind. Die Experimente mit Thymus Ch.-bouillon hatten nun ganz ähnliche Resultate wie bei Tetanus, aber doch nicht die gleichen. Nicht 100 aber 80 pCt. der vorbehandelten Thiere überstanden schwere spätere Intoxicationen. Dagegen war bei der Ch. überraschend der ungemein rasche Eintritt des Giftschutzes. Schon nach 24 Stunden zeigen sich die Thiere giftfest. Das dürfte bei etwaiger Anwendung der etwaigen Schutzimpfungsmethode gegen Ch. bei Menschen von grosser Bedeutung sein. Denn bei einer gerade herrschenden Epidemie würde ein Schutz, der erst nach Wochen sich geltend macht, höchst problematisch sein. Ein so rasch eintretender Impfschutz kommt einem Heilmittel sehr nahe. Wenn der Giftschutz so rasch eintritt, während des Verlaufes der begonnenen Krankheit, so bedeutet das Heilung. Im Gegensatz zu Tetanus währt bei Ch. die einmal erlangte Giftfestigkeit nur 2 Monate.

III. Diphtherie. Bei dieser Krankheit existiren schon 2 Reihen günstiger Schutzimpfmethoden. 1890 gelang C. Fränkel allmählig eintretende Giftfestigkeit durch Injectionen von D.-culturen, deren Giftigkeit durch Erhitzen abgeschwächt war, und ebenso 1890 veröffentlichte Behring seine später all-

seitig anerkannten Entdeckungen der Schutz- und Heilwirkung des Blutserums künstlich giftfest gemachter Thiere. Brieger, Kitasato und Wassermann machten nun die Erfahrung, dass Zusätze von Thymusauszug zu D.-bacillenculturen die Giftigkeit derselben sehr herabsetzen und dass die Schutzkraft dieser Mischung beinahe ebenso stark wie bei Tetanus (fast 100 pCt. der Versuchsthiere blieben lebend während alle Controlthiere starben). Bei allen überlebenden Thieren stiess sich die Umgebung der Impfstelle nekrotisch ab. Unter diesen nekrotisirenden Schorfen konnten die Autoren noch nach Wochen lebende D.-bacillen nachweisen. Die Thiere waren also nicht immun sondern giftfest. Die D. verlief bei ihnen rein local, denn gegen das todtbringende Gift waren die Thiere geschützt. (Also während durch die Schutzimpfung das in den Kreislauf gelangte D.-gift vernichtet wurde, hatte diese Impfung nicht die primäre Localaffection beeinträchtigt, dort blieben die D.-bacillen lebend — auch ein schwerwiegender Hinweis auf die Nothwendigkeit der Localbehandlung des primären Herdes. Ref.). Die einmal verlangte Giftfestigkeit scheint lange wie bei Tetanus zu bleiben, tritt aber nicht so schnell wie bei Cholera ein.

IV. Typhus. Weisse Mäuse und Meerschweinchen sind sehr empfänglich für T.-gift, sie gehen sämmtlich zu Grunde nach Injection von T.-bacillen in die Peritonealhöhle; immer unter demselben Krankheitsbilde. Der Streit ob der Tod durch Infection oder durch Intoxication erfolge, ist zu Gunsten der letzteren entschieden. Thymus Typhusbouillon war nun im Stande ausnahmslos in 10 Tagen weisse Mäuse und Meerschweinchen giftfest zu machen, alle Versuchsthiere blieben lebend, während alle Controlthiere starben. Lymphdrüsen-Typhusbouillon leistete dasselbe. Dabei prüften die Autoren das Behrings'che Verfahren. Auch für Typhus bestätigte sich das Gesetz, das Behring für Diphtherie und Tetanus gefunden, die Schutz- und Heilkraft des Blutserums der künstlich giftfest gemachten Thiere. — Hinsichtlich der Dauer der einmal erlangten Giftfestigkeit ist die Grenze noch nicht festgestellt, nach 4 Monaten ist sie noch ganz sicher da, aber — wie gesagt — erst 10 Tage nach Beginn der Vorbehandlung beginnt sie, daher — wenn keine Vervollkommnung erreicht wird — die Aussicht auf Anwendung auf den Typhuskranken Menschen nicht sehr verheissungsvoll.

V. Erysipel. Unvollständige, meist mit den vorhergehenden übereinstimmende Resultate.

VI. Schweinerothlauf und VII. Milzbrand. Hier handelt es sich um 2 ganz andere Krankheiten als die bisherigen. Es sind Infectionskrankheiten im engern Sinn, keine Intoxication. Durch unermessliche Vermehrung der Bacillen (bei Milzbrand bekanntlich bis 1 Million in 1 Cubctm. Blut), Verlegung der Capillaren etc. machen sie das Leben des Trägers unmöglich, nicht durch Resorption giftiger Stoffwechselproducte. Da nun Thymus-Lymphdrüsensubstanzen nicht bactericid sondern antitoxisch sind, so war bei diesen beiden Krankheiten von dieser Substanz nicht viel zu erwarten. Bei Milzbrand hat es sich auch so herausgestellt, Immunität war nicht zu erreichen; bei Schweinerothlauf merkwürdigerweise wohl in gewissen Grenzen und unter verschiedenen Modificationen (worüber im Original nachzulesen).

Schlussbemerkungen: 1) Aus gewissen zellreichen Organen (Thymus, Schild- und Lymphdrüsen) gesunder Thiere sind Stoffe gewonnen, welche ausgesprochen antitoxisch wirken. 2) Bacterienculturen, welche der Einwirkung solcher Stoffe ausgesetzt sind, schützen die Thiere gegen die betreffenden parasitären Krankheiten.

Die Einverleibung der Thymus- oder Lymphdrüsenzellensubstanzen für sich begründet **nicht** den Schutz. Nur durch die Combination dieser Zellsubstanz mit Culturen tritt der Schutz auf und zwar nur für dieselbe Krankheit, die die Cultur repräsentirt. Thymus-Diphtheriebouillon schützt z. B. nicht im mindesten gegen Typhus. Der Schutz ist also ein ganz spezifischer. Also die Cultur ist das Wesentliche nicht die Thymussubstanz. diese vernichtet nur die toxischen Nebenwirkungen der Culturen. Das immunisirende Princip in den Culturen muss in den Bacterienleibern stecken (siehe Original). Diese Bacterienzellleiber gilt es möglichst zu isoliren. Durch Einengen im Vacuum, Behandeln mit absolutem Alkohol, Trocknen etc. gelingt es recht gut. Es bildet sich ein weisses Pulver, das 4.45 Phosphor enthält. In diesem Pulver war schon ein grosser Theil des Giftes nicht mehr vorhanden, aber gewiss die ganze immunisirende Substanz. Schutzimpfungen mit dieser concentrirten Substanz beschleunigten den Eintritt der Giftfestigkeit ausserordentlich — bei Typhus statt in 10 Tagen schon in 1–2 Tagen.

Wenn es gelingen wird, in grossen Quantitäten die schutzverleihenden Substanzen der Bacterienkörper zu concentriren und gleichzeitig die Toxalbumine zu eliminiren (durch Zusatz von Thymusauszug z. B.) so würde die Therapie dieser Infectionskrankheiten durch die Bakteriologie reiche Förderung finden. **Dr. Masing.**

Fritz Hölscher (Mühlheim a. Rh.) und Richard Seifert (Radebeul-Dresden): Ueber die Wirkungsweise des Guajacols. (Berlin. klin. Wochenschrift. Nr. 3, 1892).

Die Verfasser constatiren, dass das resorbirte Guajacol nicht im freien Zustande im Blute kreist, sondern als eine neue noch nicht genau bekannte Verbindung, welche die ätzenden giftigen Eigenschaften des freien Guajacols nicht mehr besitzt und auf Tuberkelbacillen ohne jede Wirkung ist. Während der Resorption lagert sich das Guajacol vermuthlich an Bluteiweissstoffe und zwar vermittelst des im Eiweissmolekül enthaltenen Schwefels. Im Blute des Phtisikers befinden sich ausser den normalen Eiweissstoffen noch andere durch den Krankheitsprocess, z. B durch den Stoffwechsel der Bacillen, erzeugte. Diese letzteren toxischen Eiweisskörper sind sehr geneigt, chemische Processe einzugehen oder zu vermitteln. So lange solche labile Stoffe im Blute vorhanden sind, lagert sich das Guajacol an diese Eiweissstoffe und führt sie in stabilere ungiftige Verbindungen über, die durch Sauerstoffaufnahme weiter verändert werden, sich spalten, aus dem Blute dann ausgeschieden werden und schliesslich grösstentheils in den Harn übergehen.

Auf solche Weise wird das Blut dauernd von den giftigen Stoffwechselprodukten der Bacillen befreit, sobald man demselben beständig eine genügende Quantität Guajacol zuführt. Mit der Vergiftung der durch den Krankheitsprocess erzeugten labilen Eiweissstoffe müssen Fieber und Nachtschweisse schwinden, normale Verdauung, Appetit und allgemeines Wohlbehagen zurückkehren. Je mehr Guajacol dem Blute zugeführt wird (für dauernde Zuführung eignet sich das Guajacolcarbonat vorzüglich), desto vollkommener ist die Eliminirung der labilen Eiweissstoffe und demnach auch die gute Wirkung.

Wie das Guajacol lagern sich auch andere, chemisch verwandte Stoffe, z. B. das Eugenol, an die Eiweissstoffe des Blutes. Das Eugenol wirkt jedoch im freien Zustande zu heftig auf die Schleimhäute des Verdauungsapparates, während das Eugenolcarbonat relativ ungiftig ist und wahrscheinlich gute Resultate geben wird.

Die Theorie über die Wirkung des Guajacols lässt sich auf diejenigen Organstoffe übertragen, welche ganz oder zum Theil als ätherschwefelsaure Salze aus dem Organismus wieder ausgeschieden werden, also 1) auf alle Phenole und deren Derivate und 2) auf viele zu den Aminen gehörigen Arzneistoffe wie Antifebrin, Phenacetin, Alkaloide etc. Die specif. Wirkung kommt dadurch zu Stande, dass ein bestimmtes Medikament mit einem bestimmten labilen Eiweisskörper, der durch Krankheitsprocesse gebildet ist, besonders leicht zu einer ungiftigen Verbindung zusammentritt. C. Tomberg.

Max Herz: Die physiologische und therapeutische Wirkung der Dampfhitze. (Wiener klinische Wochenschrift 1891 Nr. 17 und 18).

Untersuchungen mit «Gärtner's Localdampfbad im eigenen Bett» (Fortleiten des in einem kleinen Kessel erzeugten Dampfes durch eine verschiebbare Rohrleitung in das Bett des Pat., bei welchem durch verschiebbare, mit Tüchern verhängte Holzgestelle nur bestimmte Körpertheile der Dampfwirkung ausgesetzt werden) führten zu folgenden Resultaten:

Zunächst entsteht local durch den intensiven Hautreiz auf der betreffenden Hautoberfläche Hyperämie, die Blutcirculation wird daselbst beschleunigt, das Blut erwärmt; allmählich dringt die Wärme in die Tiefe, das Volumen der peripheren Körpertheile nimmt zu theils durch Hyperämie der tieferen Theile, theils durch Erschlaffung und Quellung der Gewebe. Ferner steigt sowohl bei einem Dampfbad des ganzen Körpers, als auch bei einem partiellen, die Rectum und Axillartemperatur, aber mit sehr wechselnder, regelloser Intensität; dies wird nicht durch directe Körpererwärmung erzeugt, sondern indirect durch Reizung der die Wärmeentwickelung im Körper regulirenden Nerven.

Die therapeutischen Wirkungen des Dampfbades sind äusserst verschiedene. Traumatische Gelenks-, Muskel- und Nervenentzündungen wichen hohen Dampftemperaturen, bei acutem Gelenkrheumatismus wirken dieselben local anästhesirend, ohne jedoch das Uebergreifen auf andere Gelenke zu verhüten; bei subacuten Gelenkentzündungen wichen die Infiltrationen, bei freier Flüssigkeit in der Gelenkhöhle musste auch Massage angewandt werden. Dampfbäder bei fiebernden Rheumatikern erzeugten rascheren Temperaturabfall, indem der heilsame Effect des Fiebers durch Erzielung noch höherer Temperaturen vermehrt wird; darauf basirend könnte man an die Verwendung des Dampfbades bei allen fieberhaften Erkrankungen denken, wo nicht die schon im Körper aufgespeicherte Wärme bereits an sich deletär zu werden droht. Durch Hervorrufen energischeren Stoffwechsels muss das Dampfbad bei Anämie, Adipositas, Gicht (erhöhte Harnsäureausscheidung) wirken. Es wirkt also als Analgeticum, Antiphlogisticum, Resorbens, Analepticum und Roborans. **Hess.**

W. Gerlach: Ueber Lysol. (Zeitschrift f. Hygiene. Bd. X S. 167).

Auf Grund seiner mit Lysol angestellten Versuche kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Das Lysol ist nicht allein in Reinkulturen, sondern auch in Bakteriengemischen wirksamer als Carbolsäure und Creolin.

2) Die Desinfection der Hände gelingt bei ausschliesslicher Verwendung einer 1 pCt. Lysollösung ohne Anwendung von Seife.

3) Zum Keimfreimachen infectiöser Sputa und Stühle leistet es bei Weitem mehr als alle übrigen Desinfections mittel.

4) Durch Besprengen der Wände mittelst 3 pCt. Lösung werden dieselben keimfrei gemacht.

5) Das Lysol ist von den Antisepticis, welche sich bezüglich ihrer Wirksamkeit mit demselben vergleichen lassen (bes. Carbolsäure, Creolin, Sublimat) das bei weitem ungiftigste. Hess.

Gisevius: Ueber Chloroformnarkose. Aus dem Augusta-Hospital in Berlin. (Deutsche medicinische Wochenschrift. 1892, Nr. 26).

Im Gegensatz zu der gewöhnlich geübten Chloroformnarkose mittelst grosser Gaben in Zwischenräumen, befürwortet Verf. die stetige und tropfenweise Anwendung des Chloroforms. Auf eine gewöhnliche Flanellmaske, die Nase und Mund gleichmässig bedekt, wird langsam tropfenweise aus einem Tropffläschchen ununterbrochen Chloroform geträufelt. Die Maske wird nicht gelüftet. Nach 5 bis 10 Minuten tritt Narkose ein, die beliebig lange durch Auftröpfeln geringer Mengen in mässigen Zwischenräumen unterhalten werden kann. Ausserordentlich wichtig ist es dabei, dass der Pat. vor dem Erlöschen der Reflexe vollkommen unberührt gelassen werde und dass im Operationssaal absolute Ruhe herrsche. Die Vorzüge dieser Methode bestehen zunächst im Beginn der Narkose in dem Wegfallen der für den Kranken so lästigen Reizungen der Schleimhäute (kein Husten, keine Salivation) und im Nichtvorhandensein eines eigentlichen Excitationsstadiums. Auch das Stadium der tiefen Narkose, welche mit sehr geringen Mengen Chloroform unterhalten wird, verläuft ruhiger und gefahrloser. Die durchschnittliche Menge des bei dieser Methode verwendeten Chloroforms ist bedeutend geringer, als bei der alten Methode (früher etwas über 1,0 in der Minute, jetzt nur 0,6). Der Zustand beim Erwachen aus der Narkose ist viel angenehmer. Alle Beschwerden treten viel milder auf, bes. fehlt das fast unstillbare Erbrechen. Gerade bei langdauernden schweren Operationen treten die Vortheile dieser Methode besonders hervor, da in den weiteren Stadien der Narkose minimale Mengen von Chloroform genügen. Decrepide Personen vertragen grössere Operationen bedeutend leichter, als früher. Auch bei den Potatornarkosen fehlt bei dieser Methode die Excitation oder dieselbe ist sehr gering, auch die Gefahr etwa eintretenden Collapses ist nicht so gross. Endlich macht diese Methode der Narkose die vorläufige Injection von Morphium überflüssig. Hess.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— G. Sticker empfiehlt in der Wiener klin. Wochenschr. 1891 bei der Abortivtherapie der Gallensteinkrankheiten die Bellodonna als Mittel, welches neben einer schmerzen-lindernden Wirkung in der Kolik die der Steinwanderung entgegenstehenden activen Widerstände des Organismus eliminirt. Die Belladonna hebt die der Steinwanderung entgegenstehenden Sphincterverschlüsse durch Lähmung der Sphinctermuskeln auf, ohne die treibenden Kräfte, vor allem ohne die Detrusorwirkung der Gallenblase zu schwächen. Verf. benutzt statt der einfachen Morphiumlösung eine Morphiumlösung mit Atropinzusatz (im Verhältniss von 0,01 Morph. 0,001 Atropin). Die Linderung soll dabei zuverlässiger und freier von üblen Nebenwirkungen und Nachwirkungen eintreten. Als Bedingungen für die Anwendung der Belladonna sieht St. folgende an:

Eintreten oder Herannahen einer Kolik, oder auch mehrtägige Einklemmung des Steines mit häufigen Kolikanfällen; Abwesenheit jedes Symptomes, welches auf die Complication der Kolik mit tieferen Gewebsläsionen, also auf einen atypischen Verlauf derselben schliessen liesse; Abwesenheit von Collapserscheinungen, wie sie infolge zu grosser Schmerzen auftreten. Als Hilfsmittel der Belladonna dienen warme Getränke, warme Umschläge auf die Gallenblasengegend, mitunter ein warmes Bad oder auch Zusatz von Spirit. aeth. nitrosi zum Belladonnarecept.

Der Belladonnadarreichung (per os) muss häufig ein Abführungsmittel folgen oder combinirt werden (Ricinusöl, Rheum, Senna).

Innerlich wendet Verf. das Infus der Blätter oder die wässrige Lösung des Extractes an. Die Dosis der Folia Belladonna ist 0,5—1,5 G. (!) in 6—12 Stunden derart, dass vor Beginn des Kolikanfalles alle ½—1 Stunden ein Esslöffel des Infuses von 1,0—1,5:150,0 gereicht wird. Die Menge des Extractes entspricht dem zehnten Theil der Gabe von den Blättern, also 0,05—0,15 im Tage oder 0,005—0,015 pro dosi.

Vermischtes.

— Wie die «N. Dörptsche Ztg.» berichtet, ist der bekannte Chemiker, Professor emer. und ordentliche Professor der Chemie an der Dorpater Universität, wirkl. Staatsrath Dr. Carl Schmidt, nach 45jährigem Dienst nicht weiter im Amte belassen worden. Prof. Schmidt ist der Lehrer vieler medicinischer Generationen gewesen, welche ihm ein liebevolles Andenken bewahren.

— Verstorben: 1) Auf seinem Gute Slotschewoum Bug in Polen der älteste Arzt Russlands und wohl auch der ganzen Welt Dr. Franz Kownacki, im Alter von 110 Jahren. Trotz seines hohen Alters erfreute sich der Dahingeschiedene bis zu seiner Todesstunde der ungeschwächten geistigen Kräfte. Im vorigen Jahre hat er bereits sein 75jähriges Doctorjubiläum gefeiert; seine medicinische Praxis hatte er allerdings bereits vor 12 Jahren aufgegeben. 2) In Warschau der Ordinator des dortigen temporären Typhushospitals Felix Frankowski. Seit einiger Zeit selbst am Typhus krank darnieder liegend, machte er seinem Leben durch einen Revolverschuss ein Ende. 3) In St. Petersburg der hiesige Arzt Emanuel Hahn im 66. Lebensjahre. Der Verstorbene ist bekannt als Uebersetzer einer ganzen Reihe von Lehrbüchern in's Russische in der von ihm herausgegebenen «Bibliothek der medicinischen Wissenschaften». Ausserdem wurden von ihm herausgegeben die Zeitschrift «Populäre Medicin» (Популярная медицина) und ein nichtmedicinisches Journal «Трудъ» (die Arbeit). Obschon der Dahingeschiedene fast 40 Jahre hindurch unermüdlich gearbeitet, hat er doch im Alter darben müssen. 4) In Frankfurt a. M. der emeritirte Professor der Anatomie in Zürich. Dr. G. H. v. Meyer.

— Professor Dr. Rudolf Virchow ist mit grosser Majorität zum Rector der Berliner Universität und der Professor der Psychiatrie, Dr. Jolly, zum Decan der dortigen medicinischen Facultät gewählt worden.

— Das Medicinaldepartement fordert die russischen Unterthanen beiderlei Geschlechts, welche den medicinischen Cursus im Auslande absolvirt haben und in die von der Cholera heimgesuchten Ortschaften zur Hilfeleistung abcommandirt zu werden wünschen, auf, sich persönlich oder schriftlich unter Beibringung der erforderlichen Documente ober beglaubigter Copien direct im Medicinaldepartement täglich von 10—6 Uhr (auch an Feiertagen) melden zu wollen.

— Der Beginn der Vorlesungen für die Studirenden der Medicin der letzten vier Semester (des früheren 4. und 5. Cursus) ist auf allen Universitäten bis zum 1. November aufgeschoben worden. Bis zu diesem Termin wurden auch die Schlussexamina der Mediciner, welche ihr Studium absolviren, verschoben.

— Am 1. August fand in Moskau die Eröffnung des internationalen Congresses für prähistorische Archäologie und Anthropologie durch den Grossfürsten Sergei Alexandrowitsch statt. Nachdem der Vicepräsident Fürst W. M. Golyzin die Entstehungsgeschichte des Congresses skizzirt, hielt Prof. Rudolf Virchow (Berlin) einen Vortrag über die Aufgaben der prähistorischen Archäologie und stellte den Antrag, der Congress möge sich mit der Frage, ob die Theorie Darwin's begründet sei oder nicht, beschäftigen. In dieser Sitzung sprachen noch die Delegirten Belgiens und der Schweiz.

— Zur Theilnahme an dem vom 5.—10. September d. J. in Wien tagenden II. internationalen dermatologischen Congress haben sich bis 27. Juli 195 Mitglieder angemeldet.

Die Vorbereitungen für den Empfang der Mitglieder und und Gäste des Congresses sind so weit gediehen, dass schon jetzt folgendes Programm festgestellt werden konnte:

Sonntag, den 4. September, Abends 8 Uhr: Gesellige Zusammenkunft und Begrüssung im Restaurant «Kaiserhof» nächst dem Rathhause.

Montag, den 5. September, Vormittags 9 Uhr: Eröffnungs- und wissenschaftliche Sitzung; Nachmittags 2 Uhr: Empfang im Rathhause durch den Herrn Bürgermeister der Reichshaupt- und Residenzstadt Wien; Besichtigung des Rathhauses.

Dienstag, den 6. September, Vormittags 9—2 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung; Nachmittags 2—4 Uhr: Besichtigung des k. k. kunsthistorischen Hofmuseums; Abends 9 Uhr: Empfang beim Präsidenten des Org.-Comités.

Mittwoch, den 7. September, Vormittags 9—2 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung; Nachm. 5 Uhr: a) Ausflug nach Baden (Parkfest — Badener Aerztezerein und Curcommission), b) Ausflug nach Kaltenleutgeben (Prof. Winternitz).

Donnerstag, den 8. September, Vorm. 9—12 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung; Nachm. 2—4 Uhr: Besichtigung des k. k. naturhistorischen Hofmuseums; Abends 8 Uhr: Bankett (gegeben von der Wiener dermatologischen Gesellschaft) im Sachergarten, k. k. Prater.

Freitag; den 9. September, Vorm. 9—2 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung; Nachm. 5 Uhr: Geselliger Ausflug nach dem Kahlenberg.

Samstag, den 10. September, Vorm. 9—2 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung; Abends event. Sonntags Früh: Ausflug nach Budapest (Prof. Schwimmer).

— Die Aufnahme der neueintretenden Studirenden in die militär-medicinische Academie ist beendigt. Die Zahl der eingelaufenen Gesuche um Aufnahme in den ersten Cursus der Akademie im bevorstehenden Lehrjahre belief sich auf ca. 300, während die Zahl der Vacanzen kaum die Hälfte betrug. Unter den Aufgenommenen befinden sich gegen 50 Personen, welche das Gymnasium mit der goldenen und silbernen Medaille absolvirt haben. Es haben in diesem Jahre auch viele Studirende von medicinischen Facultäten der Universitäten Gesuche um Ueberführung zur Akademie eingereicht.

— Wie der «Wratsch» erfährt, werden alle Studenten des jetzten Cursus der militär-medicinischen Akademie, welche bis letzt noch nicht aus eigenem Antriebe in die von Epidemien heimgesuchten Ortschaften gezogen sind, vom Kriegsministerium in das Kuban-, Terek- und Don-Gebiet abcommandirt.

— Es wird von verschiedenen Seiten darauf aufmerksam gemacht, dass jetzt häufig gefälschte Carbolsäure in den Handel kommt. So fand der Sanitätsarzt Dr. Kartamyschew in Moskau von 11 Proben roher Carbolsäure, welche er in verschiedenen Apothekermagazinen und Droguen-Handlungen gekauft hatte, nur zwei tauglich; die übrigen waren entweder grobe Fälschungen, oder enthielten nur geringe Mengen wirklich desinficirender Bestandtheile.

— Von den Wiener Klinikern Prof. Nothnagel und Prof. Kahler ist eine im Auftrage des österreichischen Ministeriums des Innern verfasste Anleitung zur Behandlung der Cholera in den ersten Tagen dieses Monats herausgegeben worden.

— Die am 3. August stattgehabte vereinigte Sitzung des St. Petersburger Stadtamtes, sowie der städtischen Hospital- und Sanitätscommission hat es als nothwendig anerkannt, den bei der städtischen Communalverwaltung dienenden Aerzten, in Anbetracht der verstärkten Arbeit, ausser der Gage noch ein Tagesgeld von 3 Rbl. zu gewähren. Zugleich beschloss sie die Zahl der Sanitätsärzte von 11 auf 14 zu erhöhen und ihnen statt 75 Rbl. eine Gage von 125 Rbl. monatlich auszusetzen. Ausserdem bevollmächtigte die Versammlung die Sanitätscommission, die zu ihrer Verfügung stehenden 12 speciellen Schulärzte, welche eine monatliche Gage von 50 Rbl. beziehen, den Dumaärzten zur Hilfe beim Empfange der Cholerakranken in den Ambulanzen abzucommandiren und ihre Gage auf 100 Rbl. für die Jeit der Choleraepidemie zu erhöhen. Die Zahl der Personen, welche die Desinfection ausführen, wird von 18 auf 38 erhöht werden.

— Die städtische Sanitätscommission hat 24 barmherzige Schwestern engagirt, welche, wo möglich, den Dumaärzten zucommandirt werden. Ausserdem werden 17 der erfahrenern Feldscherinnen den Sanitätsärzten zucommandirt werden. Die Aufgabe dieser Feldscherinnen wird darin bestehen, dass sie, auf Hinweis der Sanitätsärzte, diejenigen Häuser und Wohnungen besuchen, in welchen an der Cholera und acuten Magen-Darmkatarrhen leidenden Personen waren, um, falls nöthig, die erste Hülfe zu leisten.

— Am 9. August n. St. feierte der berühmte Physiologe Prof. Dr. Jakob Moleschott in Rom seinen 70. Geburtstag. Von Geburt ist er Holländer, während seine wissenschaftliche Heimath Deutschland ist, da er seine medicinische Ausbildung in Heidelberg erhalten und längere Zeit als Privatdocent dort gewirkt hat. Bekanntlich ist er bereits seit 1879 in Rom und bekleidet dort neben seinem wissenschaftlichen Berufe die Würde eines Senators des Königreichs Italien.

— Der Director der Strassburger med. Klinik, Prof. Dr. Bernhard Naunyn, beging am 7. August n. St. sein 25jähriges Docentenjubiläum. Der Jubilar war bekanntlich vor ca. 12 Jahren Professor in Dorpat, von wo er nach Bern, dann nach Königsberg und 1887 von dort an Prof. Kussmaul's Stelle nach Strassburg berufen wurde. Seine zahlreichen Arbeiten auf dem Gebiet der inneren Klinik sind bekannt.

— Am 7. August vollendeten sich 25 Jahre, seit Prof. Dr. Wilh. Zülzer an der Berliner Universität als Docent thätig ist. Anfangs Hygieniker, beschäftigte er sich eifrig mit Medicinalstatistik und Seuchenlehre, wandte sich dann Erfolg mit der medicinischen Chemie zu und betrieb in den letzten Jahren vorzugsweise das Studium der Krankheiten der Harnorgane, über welche er werthvolle Beiträge veröffentlicht hat. Er giebt auch seit 1889 in Gemeinschaft mit hervorragenden Fachmännern des In- und Auslandes das «Internationale Centralblatt für die Physiologie und Pathologie der Harn- und Sexualorgane» heraus.

— Die Redaction von «Friedreich's Blätter für gerichtliche Medicin- und Sanitätspolizei» hat an Stelle des Geh. Medicinalraths Dr. v. Kerschensteiner (München), welcher wegen des zunehmenden Umfanges seiner Amtsthätigkeit dieselbe niedergelegt hat, der Landgerichtsarzt und Professor O. Messerer in München übernommen.

— Dass es sich in dem westlichen Theile von Paris bei den schon lange Zeit vorgekommenen verdächtigen Erkrankungen um Cholera asiatica handelt, was auffallender Weise so lange dort geleugnet wurde, erscheint ausser allem Zweifel. Dafür sprechen sowohl die klinischen Erscheinungen bei den Erkrankten, als auch die bakteriologischen Untersuchungen, welche die Anwesenheit des Koch'schen Kommabacillus ergeben haben. Die Seuche begann im Zuchthause von Nanterre in den ersten Tagen des April-Monats und hat sich bis heute nur im Gebiete stromabwärts der Seine, deren verunreinigtes Wasser als Ursache der Weiterverbreitung der Seuche angeschuldigt wird verbreitet. Auf welche Weise die Cholera nach Paris gelangt ist, hat noch nicht festgestellt werden können. Die Zahl der zur Zeit an der Cholera in den Pariser Krankenhäusern Darniederliegenden geht über 100 hinaus. Vom 6. April bis zum 24. Juli n. St. sollen 441 Personen an der Cholera dort gestorben sein. Sollte die Epidemie die Mauern von Paris überschreiten, so liegt die Gefahr der Weiterverschleppung in die angrenzenden Ländern sehr nahe.

— Die Cholera breitet sich in Russland längs den Wasserwegen, namentlich aber durch die Eisenbahnen immer weiter aus weist aber überall einen verhältnissmässig milden Charakter auf. Während die Seuche im Süden Russlands nicht das Poltawasche Gouvernement und im mittleren Theile Russlands nicht das Kurskache Gouvernement auf ihrem Wege nach Westen überschritten hat, hat sie im Nordwesten von Moskau aus einen grossen Sprung gemacht und bereits St. Petersburg ergriffen, ohne die dazwischen liegenden Städte zu berühren. Bereits seit dem 20. Juli begannen in das hiesige städtische Peter-Paul-Hospital Kranke mit schweren Formen von acutem Magen-Darmkatarrh einzutreten, die aus Fabriken auf der Wyborger Seite an der grossen Newka stammten, deren Wasser sie getrunken hatten. Später traten auch aus anderen Stadttheilen Kranke, vorwiegend aus der Arbeiter-Klasse, mit ähnlichen Erkrankungen in das Obuchow-, Alexander- (Fontanka), Marien-Magdalenen und das städtische Barackenhospital ein. Bis zum 29. Juli wurden in keinerlei Fälle Cholerabacillen entdeckt; erst an dem genannten Tage gelang es bei einem Fabrikarbeiter aus Ochta, der unter allen Anzeichen der Cholera am 25. Juli verstarb, in den Ausleerungen desselben den Koch'schen Cholerabacillus festzustellen. Ebenso wurden bei einem am 29. Juli verstorbenen an der Fontanka wohnenden Arbeiter, der nach übermässigem Alkoholgenuss Wasser aus der Fontanka getrunken hatte und am 25. Juli erkrankt war, Cholerabacillen nachgewiesen. Später wurden auch in der Mehrzahl der Fälle in den Ausleerungen der in Rede stehenden Kranken Kommabacillen gefunden, welche mit Ausschluss jeden Zweifels die Erkrankungen in St. Petersburg als asiatische Cholera charakterisiren. Bis zum 31. Juli waren 154 Erkrankungen mit 31 Todesfällen vorgekommen; in 26 Fällen wurden Cholerabacillen constatirt. Vom 1. August bis zum 5. August sind weitere 208 Erkrankungen hinzugekommen — 61 gestorben und 42 genesen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 2. August d. J. 5331 (83 mehr als in der Vorwoche), darunter 264 Typhus — (2 mehr), 590 Syphilis — (13 mehr), 17 Scharlach — (3 weniger), 7 Diphtherie — (1 mehr) 19 Masern — (2 weniger) 6 Pocken- (2 weniger) und 74 Cholerakranke.

Vacanzen.

1) Es wird von dem Ljubinschen Landschaftsamte ein Arzt für die Krankenstation in Oknlowka gesucht. Gehalt 900 Rbl. jährl. Adresse «Любинская Земская Управа, Ярославской губ.

2) Im Kreise Medyn (Gouv. Kaluga) ist eine Landschaftsarztstelle im Kirchdorf Peredjel vacant. Vorgezogen werden solche, welche den Cursus in der medicochirurgischen Akademie absolvirt haben und unverheirathet sind und wenigstens 5 Jahre prakticirt haben.

3) Von der Bjelew'schen Landschaft wird für das Landschaftshospital mit 55 Betten in der Stadt Bjelew ein Arzt gesucht. Gehalt nebst Quartiergeld 1000 Rbl. Der Arzt steht im Staatsdienste. Adresse; «Бѣлевская Земская Управа, Тульской губ.

Es werden ferner zur zeitweiligen Hilfeleistung während der Choleraepedemie gesucht von folgenden Landschaften: a) Atkarsk (Gouv. Ssaratow) — Aerzte (Gehalt 400 Rbl. monatl.), Studenten des 4. und 5. Cursus (Gehalt 150 Rbl.), Feldscher (Gehalt 60 Rbl.) — b) Chwalynsk (Gouv. Ssaratow) — 2 Aerzte (200 Rbl. monatlich), 5 Stundenten (75 Rbl.), 9 Feldscher 30—50 Rbl.) — c) Wladimir — Aerzte (200 Rbl.) Studenten (150 Rbl.), Feldscher und Feldscherinnen (65 Rbl.), — d) Saratow — Aerzte (250 Rbl.), Studenten (150 Rbl.), Feldscher (100 Rbl.), e) Wolsk (Gouv. Saratow) — Aerzte (200 Rbl.), Feldscher (36 Rbl.) — f) Bogorodsk (Gouv. Moskau) — 1 Arzt (150 Rbl.) — g) Von den Fabriken in Slatoust 1 Arzt für 3 Mon. (Geh. 200 Rbl. monatl.). h) Von der Fabrik Korsinkin in Jaroslaw 1 Arzt für 3 Mon. (Geh. 200 Rbl.) und mehrere Feldscher (35—40 Rbl. monatl'ch.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 2. Juli bis 1. August 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
306	231	537	129	58	87	10	7	24	51	40	36	38	31	18	6	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 7, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 3. Masern 12, Scharlach 4, Diphtherie 5, Croup 2, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 11, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 20, Ruhr 10, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 2, Tuberculose der Lungen 66, Tuberculose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 31, Marasmus senilis 16, Krankheiten des Verdauungscanals 150, Todtgeborene 29.

Die Bibliothek des Vereins St. Petersburger Aerzte wird im Laufe des Sommers zugänglich sein am Dienstag und Freitag von 4—6 Uhr und am Mittwoch im Laufe des ganzen Tages.

Дозв. ценз. Спб. 8 Августа 1892 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Theodor von Schröder. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Liteiny Prospect, № 55, Qu. 13 zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 33 St. Petersburg, 15. (27.) August **1892**

Die Verwaltung des Petersburger ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe beehrt sich hiermit mitzutheilen, dass sie, entsprechend dem Beschluss der allgemeinen Versammlung sich mit einer der Lebensversicherungsgesellschaften in Verbindung gesetzt hat, die bereit ist einen Rabatt von 7 pCt. der Jahresprämie zu geben, sobald sich eine Gruppe von nicht weniger als 25 Aerzten gebildet hat.

Anmeldungen nimmt entgegen sowie ertheilt nähere Auskunft der Secretär Dr. O. Petersen (Krjukow Kanal Nr. 6, Quart. 67).

Ein Beitrag zur operativen Therapie der Extrauterinschwangerschaft.

Von

Max von Strauch.

(Moskau).

I. Fall.

M-me L. ist 28 Jahre alt. Erste Regel vor 14 Jahren, stets regelmässig. Im 18. Jahre verheirathete sie sich; seitdem trat die Regel stärker und zuweilen mit Schmerzen auf; auch Fluor zeigte sich. 20 Jahre alt, überstand sie Variola vera — Pat. ist nie geimpft worden!

Nach 8jähriger steriler Ehe wurde im September 1889 von einem hiesigen Gynäkologen eine Discision gemacht. Mitte November 1889 trat die Regel zum letzten Mal ein; die Brüste wurden stärker, des Morgens erbrach Pat., kurz sie wähnte sich schwanger.

Am 19. Januar 1890 — nach 2monatlicher Menostase— brach sie plötzlich ohnmächtig zusammen und wurde in die geburtshilfliche Abtheilung des Kaiserlichen Findelhauses zu Moskau gebracht, woselbst sie vom 19. Januar bis 1. Mai 1890 verblieb.

Durch die Freundlichkeit des älteren Ordinators obiger Anstalt, des Herrn Dr. J. Schaternikow konnte ich Folgendes in Erfahrung bringen: Die anfänglich gemuthmaasste Diagnose auf Ruptur der im II. Monat schwangeren Tube und Austritt des Foetus in die Bauchhöhle, wurde gegen Ende April 1890 mit Sicherheit gestellt, denn Dr. Schaternikow fühlte Ende April, also etwa 5 Monate nach Ausbleiben der Regel deutlich Kindstheile unter den Bauchdecken.

Zudem war am 19. März 1890 unter leichten Wehen und Blutung eine ganze Decidua abgegangen. Nur konnte nicht mit Sicherheit festgestellt werden, welche Tube die schwangere sei, weil die Austastung des ganzen Beckens äusserst schmerzhaft gewesen sein soll.

Seit dem Mai 1890 ist die Regel wieder eingetreten und auch regelmässig bis jetzt wiedergekehrt, nur machen sich Schmerzen rechts unten während derselben in hohem Grade bemerkbar. Diese Schmerzanfälle mit deutlich wehenähnlichem Charakter traten auch zuweilen in der intermenstruellen Zeit auf.

Auch heftige Magenbeschwerden machten sich seit dem April 1890 bemerkbar. Am 8. August 1891, also $1^3/_4$ Jahr nach überstandener vermuthlicher Extrauterinschwangerschaft trat Pat. in meine Privatklinik.

Stat. praes.: Pat. ist bleich, sehr abgemagert, klagt über häufige Magenschmerzen, Appetitmangel und trägen Stuhl. Brüste welk, ohne Milch; Linea alba entschieden pigmentirt. Durch die dünnen Bauchdecken fühlt man in der rechten Regio hypogastrica eine feste Geschwulst, deren Kuppe bis zwischen Nabel und Symphyse reicht— nach rechts geht sie bis ans Becken, nach links über; schreitet sie um 3 Querfinger die Linea alba. Nur bei tiefem Druck ist sie empfindlich. Die Schleimhaut der Vagina und Portio vaginalis blass, letztere nach rechts stark eingekerbt (Discisio), steht in der Führungslinie. Das Corpus uteri ist nach links hinten gedrängt und lässt sich deutlich von der faustgrossen Geschwulst abgrenzen, die nach rechts und mehr nach vorn zur Linea innominata des Beckens zieht und mit dem Knochen fest verbacken zu sein scheint, da ihre Beweglichkeit eine sehr geringe ist. Die Consistenz dieser Geschwulst ist prall elastisch, ihr Contour nicht scharf, da Pat. bei tieferem Druck mit der Bauchmusculatur reagirt.

Pat. wurde vom 8. August bis 1. September 1891 in

meiner Klinik beobachtet. Während dieser Zeit wurden die Schmerzanfälle, die sie entschieden in die Geschwulst verlegt, stärker und häufiger und traten zuletzt fast täglich auf. Es waren entschieden wehenähnliche Schmerzen, die von der Geschwulst ausgingen und nach unten in das rechte Bein bis zum Knie, nach hinten in das Kreuz und nach oben bis zur Leber ausstrahlten. Sie waren so heftig, dass Pat. während des Anfalles laut schrie und am 22. August 1891 vor Schmerz sogar eine recht tiefe Ohnmacht bekam.

Wenn man während eines solchen Schmerzanfalles bimanuell untersuchte, so fand man das ganze Becken gegen Druck ungemein empfindlich und konnte dabei entschieden ein Härter- und Weicherwerden des Tumors wahrnehmen.

Nur grosse Dosen Morphium subcutan und Chloralhydrat und Opium per clysma machten den Zustand der Kranken einigermaassen erträglich.

Die Operation musste so lange hinausgeschoben werden, weil der Mann seine Einwilligung anfangs versagte. Die Diagnose lautete: Tubentumor, der durch Contractionen sich seines Inhaltes entledigen will, wahrscheinlich Hämatosalpinx. An einen Zusammenhang mit der vor 1³/₄ Jahren stattgehabten Extrauterinschwangerschaft dachte ich eigentlich nicht direct, da diese Schmerzanfälle sich erst in dem letzten Monate mit stets steigender Heftigkeit eingestellt hatten.

Operation am 7. September 1891 unter Chloroform in Beckenhochlagerung. Schnitt in der Linea alba, 11 Cm. lang, von der Symphyse bis zum Nabel. Sehr blutreiche Bauchdecken. Nach Durchtrennung des Peritoneums befinden sich, trotz Beckenhochlagerung in der Kreuzbeinaushöhlung etwa 60 Gramm einer grünlich serösen Flüssigkeit. Der Tumor ist von Netz und Darmschlingen vollständig verdeckt. Das Netz wird nach vorheriger doppelter Partienligatur durchschnitten; die Dünndarmschlingen werden stumpf abgetrennt, wobei an mehreren Stellen, um eine Darmverletzung zu vermeiden, die Trennung in der Tumorwandung selbst vorgenommen werden muss. Rechts hinten fühlt man mit dem Tumor verwachsen das rechte Ovarium.

Nach sehr schwerer Versorgung der Verbindung des Tumors mit der Beckenwand (weil derselbe nahe an die Knochen herangeht, somit sehr wenig Raum für Anlegung der Ligaturen ist) wird derselbe von letzterer getrennt, hierauf seine untere Partie und zuletzt seine mediane zum Uterus gerichtete Partie versorgt und durchschnitten. Der Blutverlust war sehr gering, weil stets nur nach vorheriger Ligatur geschnitten wurde. Links unten vom Nabel wird im Netz ein in Lithopädionbildung begriffener Foetus gefunden, abgebunden und abgetragen.

Figur I.



Der mit dem Netz verwachsene, in Lithopädionbildung begriffene Foetus ist in natürlicher Grösse gezeichnet.

Da es in der Tiefe des Beckens noch ein wenig blutet, wird mit 20 pCt. Jodoformgaze tamponirt und das Ende der Gaze zum unteren Wundwinkel herausgeleitet. Schluss der Bauchwunde. Dauer der Operation 1 Stunde 10 Minuten.

Die Reconvalescenz war eine glatte. Am 9. September wurde die Jodoformgaze entfernt und ein Drain eingeführt, das am 13. September herausgenommen wurde. Am 18. September wurden alle Nähte entfernt; prima intentio bis auf die unterste Stelle, die sich in 10 Tagen vollständig überhäutete.

3 Wochen nach der Operation verliess die Pat. meine Klinik. Ich habe die Frau nach einem halben Jahre gesehen. Sie hat sich erholt, sieht blühend aus und hat ohne jegliche Beschwerde regelmässig ihre Regel. Die bis zur Operation bestandenen Magenbeschwerden, sind mit der Operation wie mit einem Schlage gewichen und nicht wiedergekehrt. Sie waren entschieden bedingt durch Zerren des schweren Foetus am Magen.

Das herausgeschnittene, etwa kleinfaustgrosse Präparat, stellt die rechte Tube dar, an der man das abdominale und uterine Ostium deutlich erkennen kann. Ersteres ist für einen Finger durchgängig.

An der hinteren äusseren Wand der Tube, mit ihr durch straffe Stränge verbunden, befindet sich das rechte Ovarium, in welchem ein Corpus luteum verum erkennbar.

Die Wanddicke der Tube ist stellenweise bis 1½ Cm. entwickelt. Das ganze Lumen der Tube ist von Placentargewebe erfüllt, das nur an einzelnen wenigen Stellen lockere Verbindungen mit der inneren Tubenwand aufweist.

Statt vieler Beschreibung gebe ich eine in natürlicher Grösse gehaltene Zeichnung des Foetus wieder.

Der Foetus entspricht also dem Anfang des IV. Schwangerschaftsmonates. Er ist aus der Tube nach 2 monatlichem Wachsthum ausgetreten und hat noch 6—8 Wochen sich in der freien Bauchhöhle weiterentwickelt. Sein Tod fällt wahrscheinlich mit dem Abgange der Decidua zusammen.

Dass in so frühem Entwickelungsstadium (IV. Monat) von Dr Schaternikow bereits deutlich Kindstheile durchgefühlt worden sind, lässt sich recht leicht durch die ungewöhnliche Dünnheit der Bauchdecken erklären.

Nachdem der Foetus bereits alle Chancen für eine Spontanheilung (Lithopädionbildung) eingegangen, brachte die in der Tube sitzende Placenta die Schwangere noch zur Operation. Die Tube wollte sich vermittelst Contractionen der Placenta durch das Orificium abdominale entleeren; das beweist die Eröffnung desselben für einen Finger. Die dazu nöthigen Tubencontractionen verursachten aber der Pat. so starke Schmerzen, dass sie diesen Tubenplacentarabort nicht aushielt.

Zudem ist es noch fraglich, wie weit ein solches Stück Placentargewebe vom Peritoneum resorbirt worden wäre!

II. Fall.

M-me U. 32 Jahre alt, ist vom 12. Jahre an regelmässig menstruirt und seit ihrem 17. Jahre verheirathet. 5 Kinder hat sie normal geboren und auch alle 1—1½ Jahre selbst gestillt. Im III. Wochenbett hat sie etwas gefiebert und Schmerzen im Leibe gehabt; trotzdem konnte sie am 11. Tage aufstehen. Die letzte Geburt war vor 7 Jahren. Vor 3 Jahren acquirirte sie ohne nachweisbare Ursache eine rechtsseitige Eierstocksentzündung, die sie 3 Wochen ans Bett fesselte. Seit der Zeit ist die sonst schmerzlose Regel stärker und mit grossen Unterleibsbeschwerden verbunden

Letzte Regel vom 10.—14. Februar 1891. Nach einem Monat (12. März 1891), zur Zeit als sie die Regel erwartete, brach sie plötzlich zusammen und blieb etwa eine Stunde tief ohnmächtig liegen. Von ihrer Ohnmacht erholte sie sich bald, behielt aber für eine Woche sehr starke Schmerzen im Unterleibe mehr links. Ende August 1891 (also nach 6 vollen Schwangerschaftsmonaten) bekam Pat. eine gleiche Ohnmacht, wonach sie nicht uriniren konnte, sondern katheterisirt werden musste.

Seit 6 Wochen spürt die Schwangere rechts vom Nabel sehr schmerzhafte Kindsbewegungen. Seit 2 Wochen stellte sich Oedem um die Knöchel ein. Starke Obstipation.

Am 7. September 1891 wurde mir die Pat. mit der Diagnose «Extrauterinschwangerschaft» von Seiner Excellenz Dr. med. E. von Landesen aus Twer zugeschickt. Ich erlaube mir an dieser Stelle Seiner Excellenz meinen besten Dank abzustatten.

Am 17. September 1891 nahm ich in meiner Privatklinik folgenden Status auf: Elend aussehende Dame mit gelblichem Hautcolorit. Brüste hängend, mit pigmentirtem Warzenhof, aus dem sich leicht Milch ausdrücken lässt. Der Leib namentlich in seinen untern Partien mit alten, sehr deutlichen Schwangerschaftsnarben versehen; Linea alba stark pigmentirt. Unterhalb des Nabels sind die Bauchdecken durch 2 Geschwülste vorgewölbt, von denen die kleinere rechts etwa bis zur Höhe der spin. ant. sup. dext. reicht; die grössere, die ihre Kuppe mehr vorwölbt, übersteigt die Höhe des Nabels um einen Querfinger; nach links erstreckt sie sich 10 Cm. von der Linea alba. Beide Tumoren sind an ihrer vorderen Fläche durch eine deutliche Furche getrennt. die von rechts oben nach links unten geht in der Richtung von der Spitze der rechten untersten Rippe zu der Mitte des Ligament. Poupartii sinistrum. 9 Cm. nach rechts in Nabelhöhe fühlt man deutlich unmittelbar unter den Bauchdecken die Füsse des Kindes, die stossende Bewegungen machen.

Bei der Auscultation hört man zwischen Nabel und Symphyse, 3 Cm. nach links von der Linea alba am deutlichsten ein lautes sausendes Gefässgeräusch, isochron dem Pulse der Mutter (Placenta!) Von kindlichen Herztönen nichts zu hören. Percussionston über der Geschwulst gedämpft.

Scheide weit, von Weinhefefarbe; Portio vaginalis steht am oberen Rande hinter der Symphyse, aufgelockert; Or. externum für einen Finger durchgängig. Der rechte Tumor geht unmittelbar in die Portio vaginalis über, ist also der etwa dem IV. Schwangerschaftsmonate entsprechend vergrösserte Uterus. Die ganze hintere Scheidenwand ist stark ins Lumen der Scheide durch einen runden, festen Körper vorgewölbt, an dem man rechts deutlich die grosse Fontanelle, quer durch den hinteren Beckenabschnitt ziehend die Sutura sagittalis und links die kleine Fontanelle durchpalpirt.

Die Diagnose lautete nach diesem Befunde: Wahrscheinlicher Sitz der Placenta in der linken Tube, die die grössere Geschwulst darstellt. Eine lebende etwa 28 Wochen alte Frucht in der freien Bauchhöhle mit dem Kopf im Douglas'schen Raum.

Am 19. November 1891 Laparotomie unter Chloroform auf dem Martinschen Tisch. Schnitt in der Linea alba, 2 Fingerbreit oberhalb des Nabels beginnend, denselben links umkreisend, bis zur Symphyse. Nach Eröffnung der Bauchhöhle drängen sich 2 Geschwülste vor: eine rechte, kleinere von gelber Farbe (der Uterus) und eine linke, grössere von tief dunkelblauer Farbe, deren Oberfläche von fingerdicken Blutgefässen durchzogen ist (die linke, Placenta enthaltende Tube). Vom Foetus ist vorläufig nichts zu sehen. Nachdem einige Netzstränge, die an die vordere Uterusfläche ziehen, doppelt ligirt und durchschnitten sind, wird die linke Uteruskante schrittweise bis etwa zum inneren Muttermunde nach vorheriger Versorgung von der linken schwangeren Tube abgetrennt. Es blutet, trotz gut liegender, sagittalgelegter Ligaturen aus der linken Uteruskante und aus den Stichkanälen ganz bedeutend. Application einer Kocksschen Klemme. Durch tiefes Eingehen mit der Hand zwischen den beiden Tumoren und der Wirbelsäule wurden etwa in der Gegend der Articulatio sacroiliaca dextra die Füsse der Frucht ergriffen und letztere leicht extrahirt. Nur das Herausheben des Kopfes aus dem kleinen Becken am Promontorium vorbei erfordert mehr Kraft. In diesem Moment ist ein im ganzen Operationszimmer laut hörbares Geräusch wahrnehmbar das durch Einstreichen von Luft in die Vagina entstand. Die Haare des kindlichen Schädels waren mit dem Peritoneum des Douglas verwachsen, so dass bei der Entwickelung des Kindes die vorgebuchtete hintere Scheidenwand stark in die Höhe gezogen wurde, es entstand ein luftleerer Raum in den die äussere Luft mit hörbarem Geräusch durch die Vagina strich.

Trotz vorsichtigster Extraction der Frucht ist an der oberen hinteren Fläche der die Placenta einschliessenden linken Tube ein Einriss entstanden, aus dem eine kolossale Blutung im Moment das ganze Operationsfeld über-

schwemmt. Mit der Hand wird die blutende Stelle comprimirt und schnell das sich deutlich abhebende Ligamentum infundibulo-pelvicum sinistr. in eine grosse Arterienklemme genommen, worauf die Blutung sofort steht.

Da es aus der durchschnittenen linken Uteruskante, trotz angelegter Kocksscher Klemme, weiterblutet, wird um den ganzen Uterus, etwa in der Gegend des inneren Muttermundes eine elastische Ligatur gelegt und nun sorgfältigst die blutende Uteruskante fortlaufend mit senkrecht zur Längsachse des Uterus gelegten Nähten versorgt. Die Ligatur wird entfernt, die Blutung steht.

Nunmehr wird stets nach vorheriger peripherer Ligirung die ganze placentahaltende Tube abgetrennt.

Namentlich sorgfältig werden einzelne der mächtig entwickelten Spermaticalgefässe versorgt.

Eine zur Stillung der Blutung in der Tiefe des Beckens angelegte Arterienklemme bleibt liegen, weil das Anlegen einer Ligatur an dieser Stelle nicht recht gelingt.

Schluss der Bauchwunde durch tiefe und oberflächliche seidene Knopfnähte bis auf den unteren Wundwinkel, durch den die Arterienklemme herausgeleitet wird. Dauer der Operation 80 Minuten.

Ins erwärmte Bett gebracht, erwacht die Operirte bald und klagt über wehenartige Schmerzen, die ihr auch die Nachtruhe rauben.

Nach 24 Stunden Entfernen der Arterienklemme; neben derselben ist recht viel serös-blutige Flüssigkeit in den Verband gekommen.

Am 2. Tage geht Blut, untermischt mit kleineren und grösseren Deciduafetzen, aus der Scheide ab. Diese Ausscheidung nimmt bereits am 4. Tage einen sehr üblen Geruch an, so dass vom 7. Tage ab 3 mal täglich Vaginalspülungen mit Sublimat gemacht werden müssen.

Die Temperatur ist bis zum 11. Tage subfebril, Abends bis 38,1, was auf die bestehende Endometritis bezogen wird.

Am 12. Tage werden alle Nähte entfernt, prima intentio bis auf den unteren Wundwinkel, durch den sich etwas seröse Flüssigkeit ausscheidet.

Vom 13. Tage ab geht die Temperatur rapid in die Höhe und es bildet sich ein kindskopfgrosses rechtsseitiges parametritisches Exsudat, das nach weiteren 22 Tagen durch die Scheide durchbricht, wonach Pat. sich schnell erholt und am 49. Tage die Klinik verlässt.

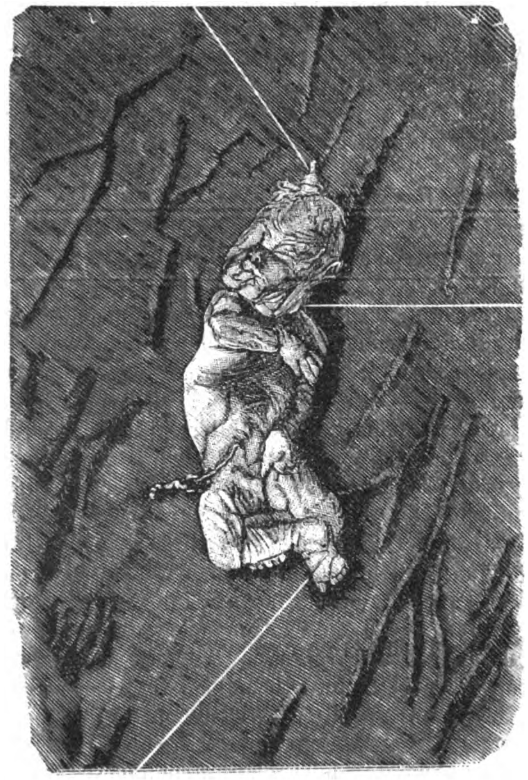
Die rechtsseitige Parametritis kann ich nicht mit der Operation in Zusammenhang bringen, das rechte Parametrium wurde bei derselben garnicht berührt! Vielmehr ist sie als fortgeleitet, durch die Endometritis bedingt, aufzufassen! Die Endometritis hat ihren Grund in der Zurückhaltung und Zersetzung der Decidua. Ich glaube, sie hätte umgangen werden können, wenn sofort beim ersten Auftreten der blutigen Scheidenabsonderung, am 2. Tage nach der Operation, Scheidenausspülungen gemacht worden wären, oder noch besser, wenn gleich bei der Operation die Decidua durch Curettage aus dem Uterus entfernt worden wäre.

Die herausgeschnittene linke Tube ist vollständig mit Placentargewebe ausgefüllt. Gleich nach der Operation im ausgebluteten Zustande ist sie 15 Ctm. lang, 12 Ctm. hoch, 8 Ctm. tief. An der hinteren äusseren Wand, der Tube dicht anliegend, befindet sich das stark abgeplattete Ovarium. In der Nähe des Ovariums verlässt der Nabelstrang die Tube, wahrscheinlich an der Stelle, wo der Foetus bei der Ruptur der Tube in den Bauchraum austrat.

Von der Frucht, die nach der Operation athmete, gebe ich eine Photographie. Sie ist nach längerer Aufbewahrung in Alkohol 36 Ctm. lang, 1096 Grm. schwer. Kopfumfang 26, Diameter fronto-occipitalis 9,5 Diameter mento-occipit. 10,9 Diameter biparietalis 6,7 D. bitemporalis 6,3.

Die Verkrümmungen der Extremitäten und die Asymmetrie des Gesichtes und Scheitels sind auf der Photographie recht deutlich zu sehen.

Membramen, die zwischen dem Donglas und dem kindlichen Haaren bestanden.



Einschnitt durch das mütterliche promontorium bewirkt.

Planta pedis — pes varus.

Ich habe die Pat. 5 Monate nach der Operation zu untersuchen Gelegenheit gehabt. Sie hat sich prachtvoll erholt, nur belästigt sie ein wenig eine Fistel, die sich am unteren Ende des Bauchschnittes etablirt hat, aus der von Zeit zu Zeit ein Seidenfaden abgeht. Der Uterus ist von normaler Grösse, die Regel kehrt zur Zeit und ohne Beschwerden wieder.

III. Fall.

M. T. 32 Jahre alt, bekam ihre erste Regel im 13. Jahre; dieselben waren stets regelmässig alle 3 Wochen, schmerzlos und dauerten eine Woche. Im 21. Jahr verheirathete sie sich und gebar 6 Kinder, das letzte vor 3½ Jahren. Das erste Wochenbett verlief fieberhaft. Nach der Geburt des letzten Kindes stand die Wöchnerin schon am 5. Tage auf und fühlt sich seitdem sehr schwach.

Letzte Regel Mitte Juni 1891. Am 14. August verspürt sie plötzlich einen starken Schmerz im Unterleibe, grosse Schwäche, häufigen Harn- und Stuhldrang Am 24. August beginnt unter leichten Wehen eine blutige Flüssigkeit aus den Genitalien abzugehn; am 27. August geht Decidua (?) ab und noch volle 8 Tage darnach zeigt sich Blut, das dann ganz verschwindet. Die damals behandelnden Aerzte erklärten alles für einen Abort. Trotzdem dass alles zu Ende sein sollte, fühlte sich Pat. so elend und krank, dass sie gar nicht das Bett verlassen konnte.

Am 30. September 1891 wird Pat. nach einer gynäkologischen Untersuchung von heftigen Schmerzen im Unterleibe befallen. Am 1. October sah ich sie zum ersten Mal in ihrer Privatwohnung.

Stat. praes.: Pat. ist ausserordentlich anämisch; Zunge trocken, klagt über beständigen Durst. Hustet zuweilen. Beim Sprechen hat Pat. starken Luftmangel. Brüste klein, welk; Warzenhof und Warze stark pigmentirt, keine Milch. Linea alba dunkel gefärbt. Unterleib

stark aufgetrieben, schmerzhaft. Ein Tumor mit ziemlich scharfer Contour ragt bis 2 Querfingerbreit über den Nabel; der Percussionsschall über demselben dumpf. Bei der Auscultation keine Geräusche über demselben wahrnehmbar.

Scheide weit, Schleimhaut anämisch. Os uteri ext. lässt die Kuppe eines Fingers passiren; Uterus nach rechts hinten verdrängt, recht hart.

Da die Wohnung der Pat. sehr entfernt lag und sich recht wenig für eine Laparotomie eignete, überredete ich sie in meine Privatklinik überzusiedeln. Den Transport übernahm der behandelnde Arzt Dr. Schilinsky, der mir auch mittheilte, dass der Tumor durch die Untersuchung vom 30. September stark gewachsen sei, es sich also um eine Blutung in oder um denselben handelte.

Am 2. October 1891 11 Uhr Vormittags kam die Kranke in meiner Anstalt an. Sie klagte über furchtbare Schmerzen im Abdomen und ich konnte deutlich constatiren, dass der Tumor gegen gestern noch grösser geworden sei.

Morphii 0,02 subcutan und Eisblase. Meinen ursprünglichen Plan, die Kranke noch 8 Tage zu beobachten, um zu einer Diagnose zu gelangen, musste ich aufgeben und liess sie zum nächsten Tage zur Laparotomie vorbereiten.

3. October 1891 $9^1/_2$ Uhr Morgens unter Operation Chloroform. Schnitt in der linea alba 2 Finger oberhalb des Nabels beginnend bis zur Symphyse. Als etwa 3 Querfinger unterhalb des Nabels mit dem Messer tiefer vorgedrungen wird, stürzt ein heller Blutstrahl hervor es ist die Placenta praevia caesarea angeschnitten. Die Stelle wird mit dem Schwamm comprimirt und oberhalb des Nabels schnell die Bauchhöhle eröffnet. Aus derselben quillt eine grosse Menge älterer und jüngerer Blutcoagula hervor; dieselben werden mit der Hand ausgeschöpft. Nunmehr präsentirt sich ein etwa kindskopfgrosser schwammiger dunkelblaurother Tumor, der unmittelbar in die etwas tiefer getroffene Placenta übergeht und überhaupt das Aussehen von Placenta hat. Einige Stränge, die von der Kuppe der Geschwulst zur Bauchwand nach oben ziehen, werden ligirt und durchschnitten. Darauf wird seine Verbindung nach links, vom Darme (wahrscheinlich S rommun) sorgfältigst abgebunden und getrennt; es blutet dabei nur mässig. Aus der anfangs in der Bauchschnittswunde getroffenen Placenta blutet es nicht mehr; die Placenta wird von der vorderen Bauchwand ohne besonderen Blutverlust mit dem Finger abgeschält, ebenso ein etwa thalergrosses Stück, das rechts von der Schnittlinie an der vorderen Bauchwand inserirt.

Als ich darauf weiter schrittweise, stets nach vorheriger Umstechung des Placentargewebes in die Tiefe des Beckens vordringe, wölbt sich plötzlich die Fruchtblase vor, in derselben sieht man den Embryo sich bewegen. Nachdem noch ein fester Strang, der nach unten innen zieht, ligirt und abgetrennt ist, lässt sich das ganze Schwangerschaftsproduct entfernen.

In dem Grunde dieses Bettes, aus dem das Schwangerschaftsproduct entfernt ist, lässt sich der etwas vergrösserte Fundus uteri erkennen; vom linken Horn des Uterus, auf dem die Placenta aufsass, ist eine Schicht Gewebe entfernt, ohne jedoch seine Höhle zu eröffnen. Von den Tuben und Ovarien ist nichts zu finden, da alle Organe mit einander verbacken sind. Nachdem aus dieser Höhle noch viele wandständige, festsitzende alte Coagula entfernt sind, wird sie mit 30 pCt. Jodoformgaze austamponirt und die Bauchwunde bis auf den unteren Wundwinkel, durch den die Gaze herausgeleitet wird geschlossen. Namentlich weitgreifend werden die Bauchnähte an den Stellen gelegt, wo die Placenta von der vorderen Bauchwand abgelöst ist, um diese Partien gründlich zu comprimiren und vor Nachblutung zu schützen.

Dauer der Operation 1 Stunde.

Gleich nach derselben entleert sich aus der Vagina Blut, wie es scheint älteren Datums. Sofort wird mit Sublimatvaginaldouchen begonnen und solange fortgesetzt bis nach 8 Tagen der Ausfluss aufhört.

Die Reconvalescenz war eine glatte, nur machte der sehr geschwächten Operirten eine starke Exacerbation ihres alten Bronchialkatarrhs viele Beschwerden, so dass ich sie bereits am 6. Tage nach der Operation auf die Seite legen und aufsitzen lassen musste.

Am 9. Tage schwollen die Brüste an und secernirten reichlich Milch.

Am 24. Tage verliess die Pat. geheilt die Anstalt.

Nach 6 Wochen bildete sich ein Exsudat um den Uterus, das aber bald aufgesogen wurde.

Das Präparat, das von specialistischer Seite auf eventuelle Abdominalgravidität untersucht werden sollte, schickte ich zu diesem Zweck in eine andere Stadt. Nach fast 2monatlichem Warten habe ich dasselbe unbearbeitet zurückerhalten, so dass die mikroskopische Aufklärung über diesen Fall nicht mehr gegeben werden kann, das Präparat hat im Spiritus stark gelitten!

Der Embryo ist 13 Ctm. lang, gut entwickelt; den übrigen Theil des Präparates bildet Placentargewebe und ein Stück Uterusgewebe, das vom linken Horn entfernt wurde.

Bei der Operation machte der Fall den Eindruck einer Abdominalgravidität. Auffallend war, dass man über dem Tumor keine Gefässgeräusche hörte und trotzdem ein Theil der Placenta seinen Ursprung von der vorderen Bauchwand nahm.

Nach vorheriger sorgfältiger Ligirung liess sich die Placenta ohne bedeutenden Blutverlust entfernen. Selbst die Verbindung mit dem Darm liess sich, wenn auch etwas mühsam, sehr sicher versorgen.

IV. Fall.

Frau M., 34 Jahre alt, hat 4 mal normal geboren, das letzte Mal im Juni 1889. Die Regeln sind stets regelmässig bis zum April 1891. Im Mai zeigen sich, zur Zeit der erwarteten Regel nur einige Tropfen Blut. Seit dem Juni blutet Pat. beständig bis zum Tage der Operation.

10. October 1891. Stat. praes.: Die Gebärmutter ist vergrössert und erweicht wie am Ende des III. Schwangerschaftsmonates. Sie ist nach links und vorne gedrängt durch eine ziemlich harte, längliche, etwa faustgrosse Geschwulst, welche nach rechts und mehr nach hinten vom Uterus liegt. Die linken Adnexa normal. Scheidenschleimhaut leicht livid verfärbt; aus dem Uterus scheidet sich Blut mit Deciduafetzen vermischt ab. In der Brust Milch.

Diagnose. Rechtsseitige Tubengravidität mit todter Frucht.

Wegen beständiger Schmerzen im Unterleibe, wegen ausgesprochenen allgemeinen Krankheitsgefühls und wegen der Blutung, Laparotomie am 13. October 1891. Die rechte schwangere Tube ist im Douglasschen Raume verwachsen. Es gelingt leicht die frischen Verwachsungen mit der Hand zu trennen und die Tube mitsammt dem Ovarium vor die Bauchdecken zu ziehen. Abbinden und Abschneiden derselben. Dauer der Operation 20 Minuten. Glatte Reconvalescenz.

Das Spirituspräparat ist 9 Ctm. lang, $6^1/_2$ hoch 5 tief. Nachdem die Tube 3 Ctm. vom Uterus etwas gewunden verlaufen, geht sie in den Sack über. Genau am diametral entgegengesetzten Ende des uterinen Theiles der Tube sitzt dem Sack ein Anhängsel an, das sich leicht als Fimbrien erkennen lässt. Der Sack befindet sich also in der Tube selbst, er lässt den uterinen und abdominalen Theil derselben frei, ein makroskopisches Zeichen, das für Gravidität, gegen Hämatosalpinx spricht [1]).

---

[1]) J. Veit «Ueber Hämatosalpinx» Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie IV. Congress. pag. 215.

Der ganze Sack ist mit Blutcoagulis ausgefüllt. Vom Foetus ist nichts zu ermitteln, Chorionzotten aber sind deutlich nachzuweisen.

Der Tube hängt in normaler Verbindung das Ovarium an, in dem mehrere grosse Corpora lutea sichtbar sind.

Ich glaube, dass in diesen 4 Fällen die volle Indication vorlag, operativ vorzugehen. Namentlich ist Fall I ein instructives Beispiel um die Gegner der operativen Richtung zu bekehren.

Es hatte in diesem Falle die Natur alle möglichen Schritte zur Spontanheilung eingeleitet und konnte doch nicht mit dem Schwangerschaftsproduct fertig werden. Vielmehr kosteten diese 2 Jahre der Trägerin fast das Leben. Sie hatte den ersten Shok bei der Ruptur glücklich überstanden, der Foetus, vom Netz aufgenommen, war bereits stark in Lithopädionbildung begriffen! Durch seine Schwere aber zog er beständig am Magen, woraus der Pat. häufig arge Gastralgien erwuchsen und wodurch die Verdauung sehr darniederlag.

Die Tube, die die Placenta barg, wollte sich durch Contractionen ihres Inhaltes entledigen, diese Contractionen machten der Kranken solche Schmerzen, dass sie während des Anfalles sich wie eine Rasende gebärdete. Mit einem Schlage änderte sich alles dieses durch die Operation! Eine nur aus Haut und Knochen bestehende, lebensmüde Person wurde binnen kurzer Frist zur blühenden, lebensfrischen Gattin ihres durch das Erlebte tiefbetrübten Mannes!

Moskau, im Juni 1892.

Ein Fall von Amenorrhoe mit Galaktorrhoe.

Von

Dr. F. Weber.

Da meine langjährige gynaekologische Praxis mir bisher noch keinen Fall wie den vorliegenden geboten, so halte ich mich verpflichtet denselben kurz zu skizziren:

Frau L. R. 35 Jahre alt, von guter Constitution, kräftig gebaut, dabei ausserordentlich fettleibig. menstruirt seit ihrem 13. Jahre vollkommen regelrecht (die Menstruation hält 5 Tage an, wiederholt sich alle 4 Wochen), seit 12 Jahren verheirathet ohne dass Gravidität eintrat; will nie an Frauenkrankheiten gelitten haben und erfreute sich immer einer ausserordentlich guten Gesundheit. Patientin hat noch zwei Schwestern die gleichfalls kinderlos sind. Seit 3 Monaten verschwinden plötzlich die Menstrua ohne dass Pat. irgend welchen Grund anzugeben im Stande ist, doch beginnen die Brüste stark anzuschwellen, so dass der dadurch bedingte Druck und die Spannung in den Brüsten Pat. dazu zwingt dieselben abzumelken, wobei aus der rechten Brust täglich ein halbes Bierglas, aus der linken sogar ein ganzes Glas abgemelkt wird. Dieser Zustand dauert nun volle 3 Monate, wobei die Quantität der täglich abgemelkten Milch annähernd dieselbe bleibt. Pat. hat nicht die geringsten Beschwerden, nur wird sie durch die Spannung der Brüste molestirt, sobald sie nicht sofort den Process der Abmelkung vornimmt. — Die Brustdrüsen waren sehr stark entwickelt, doch behauptet Pat., dass sie seit Beginn der Galaktorrhoe nur unbedeutend an Volumen zugenommen haben; da sie am selben Morgen bereits gemelkt waren, zeigte sich nur eine mässige Spannung, aus beiden Brüsten liess sich leicht eine ganz kleine Quantität wässeriger Milch abzapfen. Die gynaekologische Untersuchung ergab einen ausserordentlich kleinen, atrophischen sonst aber normalen und frei beweglichen Uterus, die Adnexa normal. — Bei Untersuchung der Rückenwirbelsäule fand sich eine unbedeutende Empfindlichkeit in der Gegend des zweiten und dritten Brustwirbels vor.

Pat. versprach mich wieder zu besuchen, doch hat sie es unterlassen, da sie keine Krankheitssymptome fühlt und ihr keine ernste Gefahr von dem Leiden prognosticirt war.

Referate.

W. Winternitz: Ueber Neuralgien und ihre hydriatische Behandlung. (Blätter für klin. Hydrotherapie. 1892. H. 1).

Von 585 klinisch beobachteten Fällen von Neuralgien verschiedener Art, die hydrotherapeutisch behandelt wurden, gelangten 52 pCt. zur vollständigen Heilung. Nur 3 pCt. wurden ganz erfolglos behandelt. Die Behandlung ist ungefähr dieselbe, wie sie jetzt in allen Wasserheilanstalten nach deutschem Muster gehandhabt wird. «Zu den mächtigsten Antineuralgicis und Nervinis überhaupt gehört die Combination von Wärme und Kälte. Wärmestauung oder directe Erwärmung müssen daher der Abkühlung vorausgeschickt werden. Erregende Umschläge auf das von den Schmerzen befallene Gebiet, feuchte Einpackungen des ganzen Körpers, locale oder allgemeine Dampfkastenbäder, Dampf- oder Warmwasserdouchen dienen der vorherigen Erwärmung, während kalte Abreibungen, kühle oder kalte Halb- und Tauchbäder, die verschiedenen Formen der Fallbäder etc. zur Auslösung des thermischen Contrastes und der Abkühlung dienen. Als ganz besonders wirksam bewähren sich die wechselwarmen oder sog. schottischen Douchen. Für die Wahl unter diesen verschiedenen Mitteln wird natürlich der jeweilige specielle Fall bestimmend sein». Buch (Willmanstrand).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Der zwanzigste schlesische Bädertag und seine Verhandlungen. Reinerz 1892.

Das vorliegende 150 Seiten starke Bändchen zeigt wieder, wie auch die früheren, das ernsthafte Bestreben, die schlesischen Bäder zu heben; davon zeugt eine Anzahl interessanter Berichte wie z. B.: Die Milchsterilisirung in Salzbrunn von Badedirector Manser; Ueber Moor und Moorbäder v. Dr. Deichmüller; Wie wird am zweckmässigsten in Wohnungen desinficirt v. Dr. Kratzert und viele andere sehr lesenswerthe Arbeiten. Erfreulich ist auch zu lesen, dass nicht nur die Aerzte und Badedirectionen eifrig an den Verhandlungen theilnehmen, sondern dass auch die Vertreter der Städte reges Interesse zeigen, was bei uns noch so wenig der Fall ist. Bürgermeister Dengler in Reinerz ist z. B. Vorsitzender des Bädertages und Redacteur seiner Publicationen.
Buch (Willmanstrand).

L. Ewer (Berlin): Cursus der Massage mit Einschluss der Heilgymnastik. 8°. 182 S. Berlin 1892.

Verf. giebt uns viel auf kleinem Raume, ja manches, für den Arzt wenigstens, auch sehr überflüssige, 37 Seiten Anatomie z. B. Es wäre gewiss zweckmässiger, wenn Verf. den Cursus der Anatomie denjenigen besonders reserviren wollte, die ihn brauchen. Das Buch umfasst die ganze Massage mit Einschluss der gynäkologischen, der Augen- und Ohrenmassage, sowie die Hauptzüge der Heilgymnastik. Abbildungen unterstützen in sehr wirksamer Weise den Text, doch geht Verf. auch hier wohl zu weit. Eine Rückenhackung kann so gut abgebildet und beschrieben sein, wie sie will, hat man sie nicht gelernt und geübt, so kann man sie nicht ausüben und sehr leicht schaden, wo man nützen will; dasselbe gilt von den Erschütterungen. Des Verfassers Verwerfungsurtheil über die active Heilgymnastik (ohne Widerstandsbewegungen lässt) ist nur berechtigt soweit sie das Herumturnen ohne Anleitung und Aufsicht betrifft. Im allgemeinen kann das Buch sehr empfohlen werden. Manche Dinge sind zu kurz, manche wieder für das Format des Buches zu eingehend behandelt, ein Fehler vieler ersten Auflagen, wahrscheinlich folgen aber noch mehrere. Verf. arbeitet aus der Praxis mit gründlicher theoretischer Unterlage. Buch (Willmanstrand).

Blätter für klinische Hydrotherapie und verwandte Heilmethoden herausgegeben von Prof. W. Winternitz.

Die Zeitschrift liegt uns bereits im 2. Jahrgang vor und l sst jetzt vollkommen den grossen Nutzen überblicken, den sie gebracht und bringt. Es ist das einzige specielle den physikalischen Heilmethoden gewidmete Blatt, das wir besitzen, ein Blatt, das wir lange vermisst; in unserer schreiblustigen Zeit sonderbar genug. Es erscheint in Monatsheften mit Originalarbeiten und Referaten. Eine grosse Zahl tüchtiger Mitarbeiter und Winternitz' eigene grosse Erfahrung haben den Inhalt zu einem sehr vielseitigen und reichhaltigen gestaltet. Wir werden noch häufig darauf zurückzukommen Gelegenheit haben. Buch (Willmanstrand).

Prof. H. Fehling: Die Bestimmung der Frau, ihre Stellung zu Familie und Beruf. Stuttgart. Ferd. Enke. 1892. Preis 0 Mrk. 80.

S. Binder: Weibliche Aerzte. Stuttgart. G. J. Göschen'sche Verlagshandlung. 1892. Pr. 1 M. 20.

Beide Brochüren behandeln das in der Gegenwart, besonders aber für die weitere Zukunft interessante und viel umstrittene Thema von der Bestimmung des Weibes, mit besonderer Berücksichtigung seiner Befähigung und seines Berufes zum Studium der Medicin. Gerade bei uns in Russland wird wohl diese letztere Frage bei dem regen Interesse, das sie im Publicum, wie auch in einzelnen ärztlichen Kreisen findet, nicht mehr von der Tagesordnung abgesetzt werden und wohl nach kurzer, durch äussere Umstände veranlasster Pause zu neuen ernsten Bestrebungen für das Medicinstudium der Frauen führen. Wichtig genug ist ja die Frage, um Jeden zu interessiren, es ist aber besonders Pflicht der Aerzte in derselben ein ernstes, gut begründetes Urtheil zu gewinnen und sei deshalb auf die obengenannten Brochüren hingewiesen, zu deren Lectüre eine kurze Inhaltsangabe anregen möge.

Binder tritt in seiner lebendig geschriebenen, bisweilen zu feuilletonistisch gehaltenen kleinen Schrift mit warmen Worten für das Medicinstudium der Frauen ein. Die grosse Zahl der unverheiratheten Frauen (20—25 pCt. in Deutschland) wird durch die Noth zur Ergreifung eines Berufes gezwungen und hat ausser zu anderen Berufszweigen (bes. Lehrerin) auch das unbestreitbare Recht die Zulassung zum ärztlichen Beruf zu fordern. B. geht kurz über die durch das Geschlechtsleben gegebenen körperlichen und geistigen Unterschiede zwischen Mann und Weib hinweg, hält die körperliche und geistige Befähigung der letzteren durch die grosse Zahl (in Amerika 3000) der bereits vorhandenen Aerztinnen für bewiesen, zeigt wie gross und rücksichtslos die Anforderung an die körperliche Leistung der Frau in anderen Berufszweigen (Hausfrau, Arbeiterin, Lehrerin) ist und weist einzelne bekannte Einwände (Concurrenz, Unweiblichkeit) scharf zurück. Er führt dann des weiteren aus, dass die kranke Frau aus Gründen der Humanität und Gesittung das Recht und die Möglickeit haben muss, sich mit ihrem Leiden an eine Geschlechtsgenossin wenden zu können, die auch ein sicheres Verständniss für ihr Geschlechtsleben hat. (Die Nothwendigkeit weiblicher Aerzte in muhamedanischen Ländern wird nicht berührt). Dabei würde die Aerztin öfter und meist früher zu Rathe gezogen und der Entwickelung mancher Krankheit vorgebeugt werden. — Der Bildungsgang soll gleich dem der Männer sein; die Gymnasien könnten gemeinsam, höchstens in den oberen Classen getrennt sein. Besondere weibliche Akademien sollen nicht geschaffen werden, um den Schein des Specialistenthums zu vermeiden, obgleich die Frau sich fast immer später der Frauen- und Kinderbehandlung zuwenden wird. Dass der weibliche Arzt es in seinem Beruf, besonders bis sich die Welt an die neue Erscheinung gewöhnt hat, schwer haben wird, davon ist B. überzeugt, ebenso aber von dem endlichen Sieg der Frauen in dieser Frage. — Auf das Heirathen muss der weibliche Arzt aber verzichten, denn eine gute Hausfrau kann kein guter Arzt sein oder umgekehrt.

Prof. Fehling behandelt in seiner Rectoratsrede dasselbe Thema, aber in entgegengesetztem Sinne. Von Alters her war die Geburtshilfe in den Händen der Frauen, die darin auch manches Tüchtige geleistet haben und in seltenen Fällen auch in anderen Zweigen der Heilkunst sich auszeichneten die wissenschaftliche Entwickelung der Geburtshilfe datirt, aber erst von der Zeit, wo sie in die Hände der Männer kam (Ambroise Paré); diesen gebührt auch das Verdienst aller weiteren Fortschritte in ihr, in den anderen Zweigen der Heilkunde. Literärisch haben die Frauen in der Medicin fast nichts geleistet; die tüchtigen Dissertationen mancher Aerztinnen im letzten Decennium sind gewissenhaft ausgeführte Aufgaben ihrer Lehrer. — Die Annahme, dass zwischen Mann und Weib in Bezug auf die Fähigkeit zur Ausübung eines Berufes kein Unterschied bestehe, ist falsch. Dieser Unterschied besteht und wird bedingt durch die körperliche und geistige Verschiedenheit der Geschlechter. F. begründet das eingehend, indem er besonders die stetige durch die Menstruation bedingte Wellenbewegung im körperlichen und geistigen Leben des geschlechtsreifen Weibes hervorhebt. Der geistige Unterschied liegt nicht in der Schärfe, sondern in der Art des Denkens. Bei der Wahl des Berufes darf die Frau ihre Organisation nicht vergessen und muss sich daher nur ruhiger, gleichmässiger Arbeit (Lehrerin, Verkehrsbeamte, Verkäuferin etc.) zuwenden, bei Verheirathung aber jeden Beruf ausser dem Hause aufgeben. Das Medicinstudium, vorausgesetzt die gleiche Schulbildung wie beim Mann, ist nur kräftigen Naturen unter den Frauen möglich; es soll ihnen wohl offen stehen, aber nur selten ergriffen werden. Nach F. wird es auch eine Ausnahme bleiben; die Resultate der Schweizer Universitäten sind nicht günstig: Von 789 imatrikulirten Medicinerinnen seit 1864 haben 23 pCt. den Doctortitel erworben und nur 4,3 pCt. das eidgenössische Staatsexamen gemacht. «Die Frau ist nicht gleich dem Manne, sie ist ebensowenig seine Untergebene, sie soll seine Ergänzung sein».

—r.

L. Edinger: Zwölf Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane. Dritte umgearbeitete Aufl. mit 139 Abbild. Leipzig. F. C. W. Vogel, 1892. Pr. 7 Mk.

Wir haben die ersten, 1885 und 1889 erschienenen Auflagen dieses vortrefflichen Werkes unseren Lesern bestens empfohlen und brauchen daher wohl jetzt nur auf das Erscheinen der vorliegenden dritten Anflage aufmerksam zu machen, ohne auf die besonderen Vorzüge der Anordnung und Bearbeitung des Stoffes einzugehen. Es lässt sich wohl annehmen, dass Jedem, der sich für den Gegenstand interessirt, das E.'sche Werk bekannt ist, Zu bemerken ist nur zu dieser Auflage, dass in ihr die Eintheilung des Stoffes dieselbe geblieben ist, aber entsprechend den neueren Untersuchungen des Verfs. und anderer wesentliche Ergänzungen und Umarbeitungen stattgefunden haben: so namentlich der Rinde des Gross- und Kleinhirns, des Olfactorius und Opticus, des Rückenmarks und der Ursprungsverhältnisse der Nerven. 20 gute neue Abbildungen sind hinzugekommen, sowie ein Anhang über die bei der Untersuchung von Hirn- und Rückenmark am häufigsten angewandten und erprobten Methoden. Dieselben sollen dem selbständig Arbeitenden ein Führer in der Technik sein und beziehen sich auf das Sammeln des Materials, das Härten, Einbetten, Schneiden, Maceriren und Färben. Zum Schluss folgt ein Verzeichniss derjenigen Präparate, deren Anfertigung sich für diejenigen empfiehlt, welche sich mit dem feineren Bau von Gehirn und Rückenmark bekannt machen wollen.

—r.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Als Reagens auf Eiweis und Gallenfarbstoff empfiehlt Prof. Rosenbach eine 5 pCt. Lösung von Chromsäure. Wenige Tropfen dieser Lösung, schwach saurem, eiweisshaltigem Urin hinzugesetzt, geben einen Niederschlag, der bei selbst verhältnissmässig geringem Albumingehalt fast immer flockig und mehr oder weniger deutlich gelb gefärbt ist. Bei gallenfarbstoffhaltigen Urinen tritt bei vorsichtigem Zusatz der Chromsäure eine schön grüne Färbung des Harnes ein. Fährt man mit dem Zusatz der Säure fort, so färbt sich die Flüssigkeit schliesslich braunroth. Je grösser der Gallenfarbstoffgehalt ist, um so vorsichtiger soll man mit dem Zusatze der Säure sein und stets einige Augenblicke warten bevor man wieder einen Tropfen des Reagens zusetzt. Auch Aufträufeln der Chromsäurelösung auf das gelbgefärbte Filtrirpapier, durch welches man den icterischen Harn filtrirt hat, soll ein einwurfsfreies Resultat liefern.

(Deutsche medic. Wochensch. Nr. 17. 1892).

— Bekanntlich werden die jetzt vielfach gebrauchten Sublimatpastillen um Verwechselung mit innerlich zu gebrauchenden Arzneien vorzubeugen, gefärbt. Nun ist aber die gewöhnliche Farbe — roth oder gelb — nicht glücklich gewählt, da eine roth oder gelb gefärbte Lösung der Sublimatpastillen sehr leicht vom Patienten mit einer durch Fruchtsaft oder Pomeranzensyrop gefärbten Mixtur verwechselt werden kann. Diesem Uebelstande ist abzuhelfen, wenn man blau gefärbte Sublimatpastillen verwendet, da blaugefärbte Mixturen wohl kaum vorkommen. Es ist daher als eine praktische Neuerung zu bezeichnen, dass jetzt blaue Sublimatpastillen in den Handel gebracht werden (von der Kasanschen Apotheke, Newski, 28).

— Th. Mackenzie berichtet über einen Fall von Vergiftung mit Paraldehyd. Eine Frau hatte 105 Gramm Paraldehyd aus Versehen genommen. Sie kam trotz der enormen Dose nach 34 stündigem Schlaf (Puls 120, Respir. 40—60) wieder zu sich und genas.

(Brit. med. Journ. 1891 Nr. 12. — Centralbl. f. Nervenh. u. Psych. 1892, Juni).

— In einem Falle von chron. Otorrhoe, bei dem sich in der Trommelhöhle Larven von Lucilia sarcophaga entwickelt hatten und die heftigsten Schmerzen dort verursachten, gelang es Falta, nachdem Oel und Alkohol ihn im Stiche gelassen hatten, durch Jodoformeinblasungen die äusserst lichtscheuen Larven aus der Paukenhöhle und dem Gehörgange herauszutreiben.

Pester med. chir. Presse Nr. 15 (nach Orvosi Hetilap. Nr. 5).

— In der «Deut. Med. Wochensch.» Nr. 20, 1892, theilt Dr. Richter einen Fall von acutem Darmverschlusse mit, welcher mittels Quecksilber behandelt wurde. Bei völligem Verfall der Kräfte, Pulslossigkeit verordnete Verf. Mercurius vivus 150,0. Einige Stunden darauf erfolgten copiöse Ausleerungen und die Patientin — eine 49jährige Frau, genas.

— Ausgehend von dem Gedanken, dass das Blut syphilis-immuner Thiere möglicherweise Heilwirkungen gegen Syphilis auszuüben vermöge, hat Tommassoli (Modena) Lammblutseruminfectionen bei luetischen Patienten angewandt. Er injicirte täglich unter möglichster Wahrung der Antiseptik 2—8 Ccm. Serum in die ganze Dicke der Nates; nach der Injection Massage. Von 6 behandelten Kranken litten 5 an florider Syphilis der sechste an einer specifischen Periostitis. Die Behandlung wurde im Allgemeinen gut vertragen. Als Resultat seiner Therapie hebt der Verf. hervor «das man alle specifischen Krankheitserscheinungen verschwinden sah mit einer Schnelligkeit. wie sie keine andere Cur, alle subcutane Injectionen zusammengenommen, aufzuweisen vermag».

Gazetta degli ospitali 1892 Nr. 28.

Vermischtes.

— Am 12, August Morgens ist Geheimrath Prof. Dr. Rudolf Virchow aus Moskau hierselbst eingetroffen und gedenkt bis zur nächsten Woche in St. Petersburg zu verweilen. Wie sich erwarten liess, wurde dem berühmten deutschen Gelehrten, welcher in Russland eine grosse Popularität geniesst und eine erhebliche Zahl von russischen Aerzten zu seinen Schülern zählt, ein festlicher Empfang auf dem Nikolai-Bahnhof zu Theil. Prof. Virchow hat hier bereits verschiedene Hospitäler, wissenschaftliche und communale Institute besucht, sowie manche Sehenswürdigkeiten in Augenschein genommen. Zu Sonnabend ist er mit sämmtlichen Mitgliedern der Sanitätscommission von dem Präses der städtischen Hospitalcommission Ratkow-Roshnow zum Diner auf dessen Villa in Oranienbaum geladen und am Montag veranstalten die hiesigen Aerzte dem berühmten Gast zu Ehren ein Festessen im Restaurant Donon hierselbst.

— Am 10. August verschied in Peterhof der Leibchirurg am Hofe Sr. Majestät und Chef des Hof-Medicinalwesens, Geheimrath Dr. Alexander Ludwig Obermüller, im nahezu vollendeten 65. Lebensjahre an Herzparalyse. Der Hingeschiedene bekleidete ausserdem die Aemter eines Mitglieds des Medicinalraths und des gelehrten militär-medicinischen Comités und nahm eine hervorragende Stellung in der Gesellschaft des «Rothen Kreuzes», sowie als praktischer Arzt in der medicinischen Welt St. Petersburgs ein.

Einen ausführlicheren Nekrolog des hier in weiteren Kreisen beliebten Mannes bringen wir nächstens.

— Verstorben: 1) Am 4. Juli in Baku der Sanitätsarzt A. Archangelski an der Cholera. Nähere Auskünfte über ihn fehlen. 2) In Ssamara am 21. Juli der Student der Medicin der Dorpater Universität, Wassili Pawlow, im 29. Lebensjahre. Der Verstorbene stammt aus Ssamara und studirte nach Absolvirung des dortigen Gymnasiums anfangs an der Universität Kasan, von welcher er jedoch ausgeschlossen wurde, mit dem Recht, seine Studien auf einer anderen Universität fortzusetzen. Im Jahre 1888 bezog er die Dorpater Universität, wo er Medicin studirte und jetzt kurz vor seinem Schlussexamen stand. Er starb in demselben Hospital, in welchem er sich bei Ausübung seines Berufs infirirt hatte. 3) Am 26. Juli der Consultant des Charkowschen Militärhospitals, Privatdocent Dr. Wl. J. Porai-Koschiz, im 46. Lebensjahre. Der Hingeschiedene beschäftigte sich speciell mit der Syphilidologie und hat viele Arbeiten auf diesem Gebiet veröffentlicht, unter anderem als seine Doctor-Dissertation: «Pathologie der venerischen Krankheiten». 4) Im Juli in London der Nestor der alten Londoner Chirurgenschule, Dr. Frederik le Gros Clark, ein Schüler Astley Cooper's, im 81. Lebensjahre. Er hat lange Zeit am St. Thomas-hospital in London gewirkt und war früher Präsident des Royal College of Surgeons und Hunterian Lecturer.

— An der militär-medicinischen Akademie beginnen mit dem bevorstehenden Lehrjahre drei neue Professoren ihre Lehrthätigkeit: 1) Dr. N. A. Cholodkowski, welcher an Stelle des verstorbenen Prof. E. Brandt den Lehrstuhl der Zoologie und vergleichenden Anatomie einnimmt; 2) Der frühere Charkowsche Professor Dr. A. I. Danilewski, welcher an Stelle des verabschiedeten Professors N. W. Sokolow auf den Lehrstuhl der medicinischen Chemie berufen ist und 3) der Professor der Universität Tomsk Dr. N. Winogradow der auf den Lehrstuhl der pathologischen Anatomie an der Akademie übergeführt worden ist, nachdem Prof. N. P. Iwanowski den durch den Abgang Prof. Ssorokin's erledigten Lehrstuhl der gerichtlichen Medicin übernommen hat. Die Besetzung des vacanten Lehrstuhls der speciellen Pathologie und Therapie in der Akademie wird erst im Herbst dieses Jahres erfolgen.

— Der Director der Augenklinik in Jena, Prof. Kuhnt, folgt dem Rufe als Professor der Augenheilkunde an die Universität Königsberg, an Stelle des Professors Hippel, welcher als Nachfolger Prof. Alfred Graefe's nach Halle versetzt worden ist.

— Zum Nachfolger des verstorbenen Professors und Directors der ersten psychiatrischen Klinik im Allgemeinen Krankenhause in Wien, Meynert, ist der Vorstand der zweiten psychiatrischen Klinik in der österreichischen Landes-Irrenanstalt, Hofrath Prof. v. Krafft-Ebing, einstimmig vom Wiener med. Professoren-Collegium gewählt worden.

— Die städtische Sanitätscommission bittet die in der Residenz prakticirenden Aerzte, welche keine gelben Sanitätskarten zur Registrirung von Choleraer krankungen erhalten haben, unverzüglich der Commission (im Gebäude der Stadtduma) Meldung darüber zu erstatten oder persönlich zur Entgegennahme der Karten in der Kanzlei vorzusprechen. Dasselbe bittet die Sanitätscommission zu thun, falls der Vorrath der Karten ausgegangen ist.

— Am 8. August ist in einer isolirten Baracke des hiesigen Börsenhospitals auf Wassili-Ostrow eine Abtheilung für Cholerakranke eröffnet worden. Ebenso hat in dem Palaishospital und dem Kalinkin-Marienhospital die Annahme von Cholerakranken begonnen,

— Der verstorbene Kaufmann Alafusow hat der Stadt Petersburg die Gebäude der ehemaligen Michailowschen Manufactur testamentarisch vermacht. Die Stadtverwaltung richtet daselbst ein Hospital für 120 chronische Kranke ein, welche in nächster Zeit aus dem Obuchowhospital dorthin übergeführt werden sollen, um für Cholerakranke Raum zu schaffen.

— Am 6. August ist eine neue Partie von 25 Studirenden des letzten Cursus der militär-medicinischen Akademie in's Gebiet der Donischen Kosaken abgereist, wo ein Mangel an medicinischem Personal wegen der zunehmenden Epidemie sich fühlbar macht.

— Der Termin für die Prüfungen zur Erlangung des Arztgrades ist für die Studirenden des letzten Cursus der militär-medicinischen Akademie bis zum 1. Januar 1893 verschoben worden, da fast sämmtliche Studirende dieses Cursus in die Choleragegenden abcommandirt sind. Die Vorlesungen für den 4. und 5. Cursus sollen im September beginnen, falls bis dahin die Choleraepidemie abgenommen hat.

— Die St. Petersburger städtische Hospitalcommission hat in ihrer Sitzung am 10. August beschlossen nach Massgabe der Zunahme der Cholerakranken das medicinische Personal bei den Stadthospitälern zu vergrössern und den Aerzten ein Gehalt von 100 Rbl. und den Studenten von 60 Rbl. monatlich auszusetzen. Ausserdem wurde der Beschluss gefasst, in den städtischen Armenhäusern die Zahl der Betten um 200 zu vermehren und alle an chronischen Krankheiten Leidenden aus den städtischen Hospitälern dorthin überzuführen.

— Auf dem Uspenski- und Preobrashenski-Kirchhofe werden von der stätischen Sanitäts-Commission beständige Dujouren von Feldschern eingerichtet, welche mit kleinen Apotheken versehen sind, um den auf den Kirchhöfen Angestellten, sowie auch anderen Personen, die bei den Beerdigungen von Choleraleichen erkranken, die erste Hilfe leisten zu können.

— Von der städtischen Sanitätscommission ist an alle in der Residenz praktisirenden Aerzte eine Aufforderung zur Betheiligung an der Organisirung unentgeltlicher ambulatorischer Hilfeleistung den an der Cholera erkrankenden armen Einwohnern der Stadt ergangen. Das Verzeichniss der Aerzte, welche sich dazu bereit erklärt haben, mit der Angabe ihrer Sprechstunden, wird bei jedem Hausknecht zu haben sein.

— Die «British Medical Associctiou», welche vom 26. bis 29. Juli n. St. ihre 60. Jahresversammlung in Nottingham abhielt, hat den Antrag, den weiblichen Aerzten, welche mit einem vollgültigen Diplom ausgestattet sind, die Aufnahme in die «Association» zu gewähren, fast einstimmig angenommen.

— Gegenwärtig üben schon 140 Frauen den ärztlichen Beruf in den vereinigten Königreichen aus und in den sechs ausschliesslich für Frauen bestimmten medicinischen Schulen in London, Edinburg, Glasgow und Dublin studiren zur Zeit 140 Damen.

— Der Telegraph meldet aus Hamburg, dass dort in der letzten Woche zahlreiche choleraähnliche Erkrankungen mit letalem Ausgange vorgekommen seien, und in mehreren Fällen die Cholera asiatica constatirt worden sei. Ein amtlicher Bericht liegt noch nicht vor. Nach den «Hamburger Nachrichten» sind bisher 300 Personen erkrankt, von denen 120 gestorben sind. — Von dem deutschen Reichsgesundheitsamte sollen Prof. Robert Koch und Dr. Rahts dorthin geschickt worden sein, um den Charakter der Krankheit festzustellen.

— Die Choleraepidemie in Russland hat in der letzten Zeit eine irgend nennenswerthe weitere Ausbreitung nicht genommen. In den Städten Baku und Astrachan,

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 34 St. Petersburg, 23. August (3. September) **1892**

An die Leser.

Indem ich den Lesern dieser Wochenschrift mittheile, dass ich wegen Zeitmangels genöthigt bin, mich von der Redaction zurückzuziehen, danke ich allen Denjenigen aufs beste, die mich in meiner Redactionsarbeit durch Rath und That unterstützt haben, und bitte sie dem neuen geschäftsführenden Redacteur und Herausgeber, Herrn **Dr. Rudolf Wanach,** in gleicher Weise helfend und fördernd zur Seite zu stehen. Nur durch gemeinsame Arbeit kann eine wissenschaftliche Zeitschrift, wie die unsrige, an deren Fortbestehen wir Alle in gleicher Weise interessirt sind, gedeihen, sich entwickeln und die von ihr erstrebten Ziele erreichen. Das habe ich in den Jahren meiner Arbeit an der Wochenschrift nur zu oft lebhaft empfunden und kann daher bei meinem Scheiden aus der Redaction nur wünschen, dass das rege Interesse und die freundliche Mitarbeit der betheiligten Kreise, die der Wochenschrift bisher zu Theil geworden sind, ihr auch ferner erhalten bleiben mögen.

Alle Manuscripte, Mittheilungen und für die Redaction bestimmten Sendungen bitte ich von jetzt ab Herrn Dr. Rudolf Wanach, Petersburger Seite, grosser Prospect Nr. 7, zukommen zu lassen. Wegen etwa noch unerledigt gebliebener Angelegenheiten bitte ich sich an mich unter meiner neuen Adresse, Liteini Prospect 55 Qu. 13 zu wenden.

Dr. Theodor von Schröder.

Vierter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der vierte Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte findet in **Wenden** statt und währt vom **14.—16. September** d. Jahres.

Vorträge, deren Dauer die Zeit von 15 Minuten nicht überschreiten darf, werden die Herren Aerzte ersucht, unter genauer Angabe des Themas und kurzer Wiedergabe des Inhalts baldmöglichst, spätestens aber bis zum 1. August c. bei Unterzeichnetem anzumelden.

Im Namen des Vorstandes:
d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Fellin.

Ein Fall von eingeklemmtem gangränösem Schenkelbruch, geheilt durch Resection und Naht des Darms.

Von
Dr. med. Rudolf Wanach,
St. Petersburg.

Die Frage, wie man bei Darmgangrän in Folge von Brucheinklemmung zu verfahren hat, ist noch immer nicht entschieden. Es stehen noch immer zwei Methoden in Concurrenz: die Bildung eines widernatürlichen Afters und die primäre Resection und Vernähung des Darms. Wenn auch die zweite Methode immer mehr Fürsprecher findet, so fehlt es doch nicht an Chirurgen, die sie als unzulässig verwerfen und die Anlegung eines Anus präternaturalis als Normalverfahren bezeichnen.

Bei dieser Verschiedenheit der Ansichten, die sich noch kürzlich auf der 64. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Halle a. S. geltend gemacht hat (cf. die Verhandlungen der Gesellschaft) dürften casuistische Beiträge nicht ohne Interesse sein. Ich theile daher einen von mir durch Darmresection und Naht geheilten Fall von incarcerirter gangränöser Hernie mit.

Olga W., 36 J. alt, trat am 11. April 1892 in das städtische Peter-Paulshospital ein. Pat. hat seit vielen Jahren einen linksseitigen Schenkelbruch, der ihr nie Beschwerden gemacht hat. Ein Bruchband hat Pat. nicht getragen. Abgesehen von trägem Stuhlgang ist Pat. immer vollkommen gesund gewesen. Vor vier Tagen ist der Bruch plötzlich irreponibel geworden, seitdem ist kein Stuhl erfolgt, auch haben sich keine Gase per anum entleert. Bald nach der Einklemmung des Bruchs stellten sich Schmerzen im Leibe, Uebelkeit und Erbrechen ein. Das Erbrochene hat in den letzten 24 Stunden einen üblen Geruch bekommen. Bevor ich die Kranke sah, hatte sie im Hospital wiederholt fäculente Massen erbrochen.

Pat. ist von ziemlich kräftigem Körperbau, mager, mit wenig entwickelter Musculatur. Leidender Gesichtsausdruck, mässig beschleunigter, regelmässiger, relativ kräftiger Puls, Zunge zur Trockenheit geneigt, weiss belegt. Brustorgane gesund. Der Leib stark aufgetrieben, die Darmschlingen in lebhafter peristaltischer Bewegung, häufiges Aufstossen. Unter dem linken Lig. Poupartii dicht nach innen von der deut-

lich fühlbaren Schenkelarterie eine hühnereigrosse, gegen Druck empfindliche Bruchgeschwulst, die sich bei leichtem Druck nicht verkleinert. Die Haut über der Geschwulst infiltrirt und geröthet. Um 9 Uhr Abends machte ich die Operation. Chloroform bekam die Pat. nicht. Um den Hautschnitt unempfindlich zu machen, injicirte ich 2 Pravaz'sche Spritzen einer 4 pCt. Cocainlösung. Nach Durchtrennung der Haut präsentirt sich der missfarbige, mit der Umgebung stellenweise verklebte Bruchsack; bei seiner Eröffnung fliesst eine geringe Menge kothig riechenden trüben Bruchwassers aus. In der Tiefe des Bruchsacks liegt eine fest eingeklemmte, an der Einschnürungsstelle mit der Bruchpforte verklebte Dünndarmschlinge; sie ist schlaff, schwärzlich verfärbt, und zeigt genau in der Mitte auf der Kuppe eine fingernagelgrosse graue Stelle, aus der wie aus einem Sieb flüssiger Darminhalt in feinen Tropfen hervorsickert. Nach vorsichtiger aber ausgiebiger Einkerbung des Schnürringes lässt sich der Darm gut vorziehen. Aus der Bauchhöhle entleert sich reichlich seröse Flüssigkeit. Nachdem ich den Darm weit vorgezogen und die Bruchpforte und die ganze Wunde mit Jodoformmarly tamponirt hatte, resecirte ich die ganze eingeklemmt gewesene Darmschlinge. Die Schnürfurchen waren sehr deutlich ausgeprägt. Der abführende Darmtheil hatte normales Aussehen und war leer. Der zuführende Darmabschnitt war gebläht, etwas ödematös verdickt und rosenroth injicirt, die Serosa spiegelnd. Ich durchtrennte nun den zuführenden und abführenden Darm ca. 2 Cm. von der entsprechenden Schnürfurche quer und schnitt die so isolirte Darmpartie (die incarcerirt gewesene Schlinge) dicht an ihrem Mesenterialansatz ab. Die Blutung aus den Mesenterialgefässen war unbedeutend. Die Schleimhaut des zuführenden Darms war ödematös geschwellt und injicirt, sonst aber nicht verändert. Ich liess aus ihm eine beträchtliche Menge flüssigen Kothes ausfliessen, spülte ihn mit warmer Borsäurelösung aus und liess dann beide Darmlumina durch den assistirenden Feldscher mit den Fingern comprimiren. Das Mesenterium umsäumte ich mit einer fortlaufenden Naht und vereinigte dann die beiden Darmstücke durch eine doppelte Reihe von Knopfnähten nach Czerny-Lambert. Zur Naht benutzte ich Seide. Nach Reposition des vernähten Darms in die Bauchhöhle excidirte ich den Bruchsack, führte einen Jodoformmarlystreifen in die Bauchhöhle bis zum genähten Darm, der an der Bruchpforte unbeweglich liegen blieb und tamponirte die ganze Wunde mit Jodoformmarly.

Die Patientin vertrug die Operation ausgezeichnet, zeigte keine Erscheinungen von Shok, empfand keine erheblichen Schmerzen; ihre einzigen Klagen bezogen sich auf die lange Dauer der Operation (vom Beginn bis zur Beendigung des Verbandes 1½ Stunden).

Das resecirte Darmstück ist 10 Cm. lang, wovon 6 Cm. auf die incarcerirt gewesene Partie kommen. Mikroskopische Schnitte durch das zuführende Darmstück zwischen dem Resectionsschnitt und der oberen Schnürfurche, ca. 1 Cm. von ersterem entfernt, lassen zahlreiche Gefässthrombosen in der Subserosa erkennen, am zahlreichsten an der dem Mesenterium gegenüberliegenden Darmpartie, aber auch einzelne durch Thromben verschlossene Gefässe zwischen den Blättern des Mesenteriums. Hier und da sieht man um solche Gefässe herum ausgetretene rothe Blutkörperchen. Weniger zahlreich sind die Thrombosen in der Submucosa. Alle Venen sind prall mit Blut gefüllt (das Präparat ist in Müllerscher Flüssigkeit gehärtet). Die Schleimhaut zeigt nirgends Geschwürsbildung, doch färbt sich das Epithel stellweise schlechter, die Epithelzellen sind gequollen. Zahlreiche mit Schleim gefüllte Becherzellen.

Ueber den weiteren Verlauf ist Folgendes zu berichten: Die Temperatur schwankte an den ersten 4 Tagen zwischen 37.5° und 38,3°; war von da an normal. Der Puls blieb regelmässig und ziemlich kräftig, war an den ersten 4 Tagen frequenter (bis 104 p. m.). Das Erbrechen kehrte nur zweimal nach der Operation wieder, die Zunge reinigte sich schnell. Die Auftreibung des Leibes blieb zunächst bestehen, verschwand aber nach einer am 2. Tage vorgenommenen Magenspülung, bei der etwa ½ Liter übelriechender Flüssigkeit entleert wurde. Der Urin wurde anfangs spärlich entleert (400 Ccm.) und zeigte deutlich ausgeprägte Rosenbach'sche Reaction (Burgunderrothfärbung beim Kochen mit Salpetersäure), die erst nach einer Woche allmählich verschwand. Die ersten Flatus gingen 48 Stunden nach der Operation ab, der erste kleine Stuhl erfolgte am Beginn des dritten Tages nach einer vorsichtigen Darmspülung. An den folgenden Tagen hatte Pat. 3—6 flüssige Ausleerungen; darauf täglich normale Stühle. Die Wunde liess ich langsam per granulationem heilen, indem ich sie wegen anfänglichen ziemlich beträchtlichen serösen Ausflusses aus der Bauchhöhle durch Tampons offen hielt. Am 21. Mai, also nach 40 Tagen, verliess Pat. das Hospital mit gut geheilter Wunde, guter Verdauung und vortrefflichem Allgemeinzustand. Einen Monat später stellte sie sich wieder vor, weil sich in der Narbe eine kleine oberflächliche Fistel gebildet hatte. Diese Fistel heilte, nachdem sich ein Seidenfaden (offenbar eine Ligatur) ausgestossen hatte. Die Narbe ist jetzt (nach 4 Monaten) linear, von Neigung zu erneuter Bruchbildung ist, trotzdem Pat. ohne Bruchband ihre häuslichen Arbeiten verrichtet, keine Spur zu sehen.

Es ist nicht meine Absicht, das ganze grosse Thema über die Behandlung der gangränösen Brüche hier zu discutiren. Sind doch noch in neuester Zeit vortreffliche Arbeiten erschienen, welche die Vorzüge der primären Darmresection und Naht vor der Bildung des Anus praeternaturalis in erschöpfender und überzeugender Weise darthun; ich meine namentlich den Aufsatz von Mikulicz[1]) und zwei in russischer Sprache erschienene Arbeiten von Butz[2]) und Zeidler[3]) in denen sich auch ein vollständiges Literaturverzeichniss findet. Es ergiebt sich, dass sowohl die Statistik, soweit sie überhaupt herangezogen werden kann (cf. die Ausführungen von Mikulicz a. a. O., denen ich vollkommen beipflichte), als auch die klinische Erfahrung und das theoretische Raisonnement in gleicher Weise zu Gunsten der Resection sprechen. Ich kann dem nichts Neues hinzufügen. Dagegen möchte ich mich etwas mit den von gegnerischer Seite geäusserten Ansichten beschäftigen. Eine der bedeutsamsten unter den in den letzten Jahren gegen die Darmresection und Enterorhaphie bei gangränösen Hernien geschriebenen Arbeiten ist die von P. Klemm[4]), bedeutsam hauptsächlich deshalb, weil in ihr die pathologische Anatomie zur Entscheidung der Streitfrage herangezogen wird, also die Erörterungen auf sicherer Basis ruhen. Es ist in der That ein grosses Verdienst von Klemm, nachdrücklich betont zu haben, dass das Studium der pathologischen Anatomie und der Ursachen des immer noch so häufigen letalen Ausganges der Darmgangrän unerlässlich ist, um die Therapie zu fördern. K. hat ein sehr interessantes Material gesammelt, aber die praktischen Schlüsse, die er daraus zieht, sind anfechtbar. K. argumentirt folgendermaassen: In Folge von Brucheinklemmung wird der oberhalb der Occlusionsstelle gelegene Darm gebläht, in seiner Circulation geschädigt und gelähmt. Die in diesem gelähmten und schlecht ernährten Darm stagnirenden fauligen Kothmassen bewirken Geschwürsbildung auf der Darmschleimhaut, die immer tiefere Schichten der Darmwand ergreift und schliesslich zur Perforation und Peritonitis führen kann. Von der veränderten Schleimhaut aus werden septische Stoffe resorbirt, die zur allgemeinen septischen Intoxication führen und den Tod veranlassen können, bevor noch Perforation eingetreten ist. Diese Veränderungen im oberhalb der Occlusion gelegenen Darm, die am intensivsten an der Occlusionsstelle sind und sich weit nach aufwärts erstrecken können, sind von wesentlicher Bedeutung, geben dem Krankheitsbild das charakteristische Gepräge und bestimmen den Ausgang der Erkrankung. Die Therapie hat daher die Aufgabe die Einklemmung zu lösen und — was mindestens ebenso wichtig ist — den Darm möglichst schnell und ausgiebig von seinem Inhalt zu befreien. Soweit muss man K. unbedingt beistimmen und mit Dank anerkennen, dass er die Art und Bedeutung der Veränderungen im zuführenden Darm klargestellt hat. Nun fährt aber K. fort: dieser therapeutischen Forderung wird die primäre Resection und Enterorhaphie nicht gerecht, da die Cardinalbedingungen jeder Darmresection und Darmnaht — die ausgiebige Entleerung des Darms und die Anlegung der Naht im Gesunden — nicht erfüllt werden können. Die

---

[1]) Mikulicz. Ueber die Behandlung brandiger Brüche. Berl. klin. Wochenschr. 1892, Nr. 11—13.

[2]) Бутцъ. Къ вопросу о леченіи омертвѣвшихъ грыжъ. Хир. Вѣстникъ. 1892, I, III и IV.

[3]) Цейдлеръ. О резекціи кишки при омертвѣніи ея въ ущемленныхъ грыжахъ. Диссерт. С.-Петербургъ. 1892.

[4]) Paul Klemm. Studien über die pathologisch-anatom. Veränderungen am Darm in Folge von Brucheinklemmung und ihre Bedeutung für die Herniotomie. Inaug.-Diss. Dorpat 1889.

primäre Resection und Naht ist daher eine vom anatomischen Standpunkt nicht zulässige Operation und ist durch das Normalverfahren — die Anlegung eines Anus präternaturalis — zu ersetzen. Das kann nicht zugegeben werden. Was zunächst die Fortschaffung der Fäcalmassen betrifft, so muss natürlich, bevor der Darm vernäht wird, so viel von seinem Inhalt entleert werden, als nur möglich ist — und das ist in der Regel, wenn man sich Zeit nimmt, eine ganz bedeutende Masse; dadurch wird der am meisten gefährdete. der Occlusionsstelle zunächst gelegene Darmabschnitt entlastet. Was weiter aufwärts an Koth zurückbleibt, wird schnell weiter getrieben und gelangt zu der inzwischen vernähten Stelle. Hier findet nach K.'s Ansicht, da die Naht eine Verengerung bewirkt und der oberhalb gelegene Darm gelähmt ist, wieder Stauung statt. Dagegen ist einzuwenden, dass die zufliessenden Kothmassen ausnahmslos ganz dünnflüssig sind, mithin auch ein verengtes Darmlumen ohne Schwierigkeit passiren können, zumal abwärts wegen meist vollständiger Leere des abführenden Darms nur ein sehr geringer Widerstand vorhanden ist und die oberhalb der gelähmten Partie stattfindenden peristaltischen Contractionen eine immerhin bedeutende vis a tergo repräsentiren. Sieht man doch auch häufig bei andern Darmstrangulationen — etwa durch einschnürende Narbenstränge und dergl. — wie sofort nach Lösung der Einklemmung, noch bevor sich die Schnürstelle bis zur Norm erweitert und bevor in dem zunächst gelegenen Darmabschnitt peristaltische Bewegungen auftreten, die gestauten dünnflüssigen Massen durch die enge Stelle durchfliessen; sie bewegen sich eben wie alle unter Druck stehenden Flüssigkeiten nach dem Ort des geringsten Widerstandes. Ist der Darm aber in solcher Ausdehnung gelähmt, dass sein Inhalt gar nicht mehr fortbewegt wird, dann kann auch ein Anus präternaturalis keine Abhilfe schaffen. Dass die durch die Darmnaht gesetzte Verengerung in der That kein wesentliches Hinderniss für die Kothcirculation bildet, geht auch aus der Angabe Zeidler's hervor (pag. 149 der angeführten Arbeit), dass von 289 Fällen von prim. Darmresection und Naht wegen gangränöser Hernie nur 5 in Folge der Verengerung an der Nahtstelle gestorben sind. Was den andern Punkt, die Anlegung der Naht im Gesunden betrifft, so steht die Sache doch wohl kaum so, dass «mit dem Rath Kocher's so lange Darm vorzuziehen, bis man im Gesunden anlangt, nicht viel anzufangen ist», da die Grenze zwischen Gesundem und Krankem nicht scharf ist und da die Veränderungen der Mucosa weiter hinaufreichen als die der Serosa — man mithin dem Darm von aussen nicht ansehen kann, wie weit die Schleimhaut schon irreparable Störungen erlitten hat. Zum Theil wird ja die Bestimmung der Grenze für die Resection Sache der Erfahrung des Operateurs bleiben. Nach den Hinweisen von Reichel, Schwenninger und Klemm wird man aber die Mucosa in der Nähe der Schnittfläche genau inspiciren bevor man näht, auch wenn die Serosa gesund aussieht. Geringe Veränderungen der Schleimhaut, venöse Hyperämie und Oedem und vereinzelte Thrombosen ohne Infarctbildung dürften den Erfolg der Naht nicht beeinträchtigen; in dem von mir mitgetheilten Fall waren sie ohne Belang. Irrthümer können freilich vorkommen, sie werden aber gleich verhängnissvoll werden, wenn man einen künstlichen After anlegt; auch oberhalb eines solchen kann es zur nachträglichen Perforation eines übersehenen Geschwürs kommen. Ich glaube, dass der von mir mitgetheilte Fall ein typischer ist, und dass auch die Ergebnisse der anatomischen Forschung nicht gegen die Darmresection und Enterorhaphie in solchen Fällen sprechen. Ich glaube, dass Klemm, unter dem Eindruck der von ihm verarbeiteten Sectionsprotokolle stehend, die Operationsergebnisse in den Fällen, wo die Patienten am Leben blieben, nicht genügend berücksichtigt hat. Die Erfahrungen an Lebenden lehren nun, darauf muss man mit Mikulicz nachdrücklich hinweisen, dass der Anus präternaturalis erstens eine immerhin nicht ganz ungefährliche Nachoperation erfordert und zweitens das Leben seines Trägers noch nach Wochen dadurch gefährden kann, dass, wenn er hoch angelegt werden musste, ein grosser und gerade der functionstüchtigste Theil des Darms von der Verdauungsthätigkeit ausgeschaltet wird; die Patienten können dann an langsamer Inanition zu Grunde gehen. Ich möchte die Anlegung des Anus präternaturalis auf die Patienten eingeschränkt wissen, die wegen hochgradigen Collapses einer langdauernden Operation nicht mehr unterzogen werden können und die wegen schon entwickelter allgemeiner Peritonitis von vornherein als verloren angesehen werden müssen. Als Normalverfahren dagegen betrachte ich die primäre Resection und Enterorhaphie.

Was die Wundversorgung nach Darmresection wegen Bruchgangrän betrifft, so halte ich die Tamponade mit Jodoformmarly für das Richtigste, in Fällen von Phlegmone des Bruchbettes für durchaus nothwendig. Erstens wird durch den zur Nahtstelle geführten oder noch besser sie einhüllenden Tampon eine Art Sicherheitsventil geschaffen für den Fall, dass doch Perforation eintritt; es ist ja bekannt, wie schnell ein in die Bauchhöhle eingeführter Tampon peritoneale Adhäsionen bewirkt. Auf diese Weise wird also bei etwaiger Perforation dem Koth der Weg in die Peritonealhöhle versperrt. Zweitens dürfte eine durch langsame Granulationsbildung erzeugte Narbe mehr Schutz vor erneuter Bruchbildung gewähren, als eine feine Narbe wie sie nach Vernähung der Wunde zu Stande kommt.

Zum Schluss noch einige Worte über das Chloroformiren. Patienten mit eingeklemmten Brüchen sind immer Schwerkranke. Theils der Shok, theils die Intoxication schädigen ihre Herzthätigkeit und ihre Kräfte in hohem Grade. Das Chloroform fügt namentlich für das Herz eine neue Gefahr hinzu. Ich habe daher diesen Kranken schon früher nur minimale Mengen Chloroform geben lassen; in der letzten Zeit habe ich, angeregt durch eine Mittheilung von Prof. Tiling (cf. diese Wochenschrift 1892 Nr. 18 pag. 177) incarcerirte Hernien ganz ohne Chloroform operirt und nur Cocain subcutan gegeben. Dass die Patienten dabei von Schmerzen fast garnicht zu leiden haben und sich nach der Operation bedeutend besser befinden, als wenn sie einer tiefen Narkose unterworfen worden sind, davon habe ich mich wiederholt überzeugen können.

Referate.

Prof. C. Wernicke: Ueber fixe Ideen. Aus der psychiatr. Klinik zu Breslau. (Deut. med. Wochenschr. Nr. 25 1892.)

Der Name des Autors und der vielversprechende Titel des Aufsatzes werden gewiss manchem Collegen, der sonst psychiatrische Artikel zu übergehen gewohnt ist, die Lectüre obiger kurzen Abhandlung nahe gelegt haben. Bei der grossen praktischen und namentlich forensischen Bedeutung des behandelten Stoffes erscheint es doppelt geboten, auf die mannigfachen Abweichungen des Verfassers von der allgemeinen Anschauung hinzuweisen, damit nicht unter dem Einfluss der Autorität Wernicke's der prakt. Arzt eine Auffassung sich aneigne, die — es sei schon hier gesagt — ganz vereinzelt dasteht und von der heutigen Psychiatrie als klinisch unhaltbar aufgegeben ist.

Wenngleich auch Verf. die allgemein verworfene Lehre von den Monomanien als verhängnissvoll bezeichnet, scheint ihm die Annahme circumscripter Geistesstörung an sich nicht «so grundfalsch» zu sein. Als Beleg dafür erwähnt W. zunächst flüchtig die Aufstellung des sog. «impulsiven Irreseins» und übersieht dabei, dass letzteres keineswegs als isolirte Störung auf dem Boden allgemeiner Geistesgesundheit, sondern als eine der Aeusserungsformen hereditärer oder in den ersten Lebensjahren erworbener psychischer Invalidität (Imbecillitas), des degenerativen Irreseins, von allen Forschern angesehen wird. Eine weitere praktische Anerkennung der Lehre von den fixen Ideen d. h. einer ganz umschriebenen geistigen Erkrankung erblickt W. in der Auffassung des

Querulantenwahns, wie sie sich «wenigstens bei unvoreingenommenen Beobachtern» Geltung verschafft hat. Die hierher gehörige, ohne jede Anamnese allzukurz mitgetheilte Krankengeschichte, die dem Leser keineswegs die Gewissheit stattgehabter genauerer klinischer Beobachtung gewährt, wird allein durch die beruhigende Schlussbemerkung des Verf. «die Schriftstücke sind frei von irgend welchen Symptomen des Schwachsinns» nicht beweiskräftiger. — Der betr. Querulant erhält nach mehrfachen Beschwerden von dem Oberlandsgericht den Bescheid, dasselbe «sei in dieser Hinsicht unbeschränkt». Diese Erklärung einer einzigen Behörde veranlasst Pat. «von da ab die Behörden mit beleidigenden Schriftstücken zu überschwemmen, dass die Richter behaupteten in ihrer Rechtspflege unbeschränkt zu sein». Schon in dieser Verallgemeinerung einer einzelnen Erfahrung offenbart sich nicht nur eine formale Denkstörung, sondern vor Allem eine hochgradige kritische Schwäche d. h. also ein allgemeiner psychischer Defect. Ein genauerer Einblick in die «beleidigenden Schriftstücke» dürfte wohl auch eine gewisse ethische Verkümmerung nachweisen lassen. — Eine so ungenügend wiedergegebene Beobachtung wird den Irrenarzt in seiner Auffassung des Querulantenwahns nicht wankend machen, die von W. gezogenen Schlüsse könnten jedoch dem der Psychiatrie ferner stehenden Arzte die in forensicher Hinsicht verhängnissvolle Annahme des «partiellen Irreseins» nicht unmöglich erscheinen lassen. Der Zweck dieses Referats besteht in der Betonung des nachfolgenden Satzes: Das Irresein der Querulanten ist als eine Erkrankung der psychischen Gesammtpersönlichkeit von der heutigen Psychiatrie ganz allgemein anerkannt. Der Umstand, dass die Wahnideen der Querulanten — jedoch nur bei oberflächlicher Beobachtung — in einem bestimmten, engbegrenzten Vorstellungsbereich sich ausschliesslich zu bewegen scheinen, die — jedoch ebenfalls nur scheinbare — Schärfe der logischen Schlüsse machen die irrthümliche Annahme eines «partiellen Irreseins», «der fixen Ideen» begreiflich. Der erfahrene Irrenarzt aber wird bei den Querulanten mehr oder weniger markante Auffälligkeiten in gemüthlicher und intellectueller Richtung stets nachweisen können, in den meisten Fällen Wahnideen auch auf anderen Gebieten des Vorstellens und eine allgemeine Unzulänglichkeit der Kritik d. h. also psychische Invalidität. Eine eingehende Darlegung dieser Verhältnisse dürfte im Rahmen eines Referats keinen Raum finden. — Als weitere Belege für seine Annahme einer nur «circumscripten Geistesstörung» bringt W. drei ebenso skizzenhaft wiedergegebene Krankheitsgeschichten, die sich als Irresein durch Zwangsvorstellungen erweisen. In gleicher Willkür wendet Verf. in der Psychiatrie feststehende Bezeichnungen in ganz abweichender Bedeutung an. Allgemein versteht man unter einer «fixen Idee» eine ganz vereinzelt dastehende, stabile falsche Vorstellung, die keine Consequenzen für die sonstigen Vorstellungen hat. W. aber berichtet unter obigen Fällen über eine Frau, die an der «fixen Idee» litt, dass ihr Mann übermässig schnupfte. Es geht aber aus der Krankengeschichte — trotz deren Dürftigkeit — hervor, dass Pat. auch der Ansicht ist, der Mann thut es nur um sie zu ärgern; sie deutet jedes unwillkürliche Räuspern des Mannes in diesem Sinne; da sie den Schnupftabak nicht finden kann, so nimmt sie das Vorhandensein einer besonders präparirten und zum Verstecken geeigneten Sorte an u. s. w. kurz, es handelt sich keineswegs um eine «fixe Idee», sondern um ein Irresein von ausgesprochen paranoiischer Färbung.

W. jedoch sieht in allen übrigen Erscheinungen nur das «logische Delirium», «einen Beweis mehr für die Intactheit des übrigen geistigen Geschehens und den circumscripten Charakter der zu Grunde liegenden Functionsstörung». Der Verf. kann die gleiche Intactheit bei dem Paralytiker wiederfinden, der ausgehend von der Idee, er harne nur Champagner, consequenter Weise mit Behagen seinen Urin trinkt! — Es würde uns zu weit führen, die zahlreichen Unrichtigkeiten der kurzen Abhandlung zurechtzustellen. Wir wollen hier auch nicht dem Verf. auf das unbegrenzte Gebiet der Speculation folgen, auf dem er, ausgehend von der Definition der Geisteskrankheiten als dem «Gebiet der transcorticalen Aphasien» für die «fixen Ideen, welche eine bestimmte Form der partiellen Verrücktheit» ausmachen, zur «dringenden Empfehlung» der Bezeichnung «circumscripter Autopsychose», «partieller intrapsychischer Parafunction» gelangt. (Berl. Klin. Wochenschr. 1892 Nr. 23). Denn zur Klarlegung der betr. Krankheitsbilder ist diese Nomenclatur wenig geeignet, eher schon überkommt dabei den Leser — um mit Wernicke zu sprechen — eine «autopsychische Rathlosigkeit». — — Es sollte hier nur Verwahrung eingelegt werden gegen die unbegründete Lehre von dem «circumscripten, partiellen Irresein», die das Gebiet der längst aufgegebenen Monomanieen wiederum hart streift und die Anschauung des praktischen Arztes in verhängnissvoller Weise zu beeinflussen geeignet ist. — Wir sehen W., für den die Begriffe «Nervenzellen und Nervenfasern» einerseits und «Vorstellungen und Associationsleistungen» andererseits schon identisch zu sein scheinen, beinahe auf die Windung in der Hirnrinde hinweisen, in der bei allgemeiner Geistesgesundheit die betr. «fixe Idee» als circumscripte Störung ihren Sitz hat!

Können wir also nach dem Gesagten durchaus nicht mit W. in Bezug auf seine Auffassung der geschilderten Krankheitsbilder übereinstimmen, so müssen wir ihm jedoch unbestritten Recht geben, wenn er sagt: «Es scheint ja leider das unvermeidliche Geschick jedes bahnbrechenden Forschers zu sein, dass er neben dem wirklichen Fortschritt, den er bringt, doch auch einen neuen Aberglauben stiftet.»

M. Schönfeldt (Rothenberg — Riga.)

Prof. Franz Riegel: Ueber chronische continuirliche Magensaftsecretion. (Deutsche medic. Wochenschrift Nr. 21. 1892.)

Die chronische continuirliche Magensaftsecretion oder, wie man sie auch benannt hat, die chronische Hypersecretion ist nach Verf. durchaus keine seltene Magenkrankheit. Ihr Wesen besteht bekanntlich darin, dass der Magen im Gegensatze zur Norm nicht blos auf den Reiz der Ingesta, sondern continuirlich auch ohne jede Reizung der Magenschleimhaut Magensaft absondert. Infolge dessen ist nach beendeter Austreibung der Ingesta der Magen nicht wie in der Norm leer, sondern er enthält stets, auch im nüchteren Zustande, Magensaft. Symptome: Aussehen kachektisch, stark abgemagert. Bei sehr langer Dauer der Affection machen die Kranken zuweilen den Eindruck von Carcinomkranken. Puls meist verlangsamt. Die Haut neigt zur Trockenheit. Gewöhnlich ist das ganze Epigastrium druckempfindlich; eine nur ganz umschriebene Druckempfindlichkeit weist auf eine Complication mit einem Ulcus hin. Der Magen ist stets erweitert. Fast ausnahmslos kann man in abnorm grosser Ausdehnung beim leisen Anschlagen ein sehr lautes Succussionsgeräusch erzeugen. Häufig peristaltische Unruhe des Magens zu constatiren. Erbrechen tritt bei richtiger Behandlung nur ausnahmsweise auf, spielt aber in der Vorgeschichte der Kranken häufig eine grosse Rolle. Das Erbrochene besteht theils aus sauren Speisemassen (meist am Tage) oder mehr aus wässeriger, trüber, gallehaltiger Flüssigkeit (meist Nachts). Die Diagnose ist nicht allzu schwer. Man hebert zunächst 5—6 Stunden nach der Probemahlzeit aus. Die reichliche, oft über 1 Liter betragende Menge Mageninhalts theilt sich im Standgefässe in 3 deutliche Schichten: a) schaumige Schicht, b) die Hauptmasse — eine trübe. meist gelbliche Flüssigkeit, c) feine Amylaceenreste. Fleischfasern sind gewöhnlich nicht zu finden. Diese Dreitheilung hält Verf. für charakteristisch. Eine zweite Ausheberung findet Abends spät gegen 10 Uhr statt, wobei der Magen so gründlich gewaschen wird, bis das Spülwasser ganz klar, nicht sauer abläuft. Die Entwickelung des Leidens ist eine ganz allmähliche. Die Kranken klagen über saures Aufstossen, Sodbrennen, Schmerzen (letztere nicht selten bei der Verdauung); sehr charakteristisch sind nächtliche Schmerzen. Der Appetit ist meist gut; oft besteht Heisshunger; letzterer meist Nachts mit heftigen Schmerzen; gewöhnlich Obstipation. Therapeutisch kommen in Betracht zunächst die Diät, die vorwiegend Eiweiss und Leimstoffe enthalten soll. Amylaceen sind möglichst zu vermeiden, am besten noch unmittelbar nach den Ausspülungen zu verabreichen. Die Magenausspülungen bilden den zweiten wichtigen Factor in der Therapie und sind Früh und Abends vorzunehmen. Das 3. therapeutische Moment bildet die Darreichung von Alkalien (Karlsbad), die bei continuirlicher Magensaftsecretion vor der Mahlzeit zu verabreichen sind, während bei Hyperacidität zur Zeit des Säuremaximums. Auch gährungswidrige Mittel können in Betracht kommen. Nach Kuhn vermag die Salicylsäure schon in kleinen Mengen die Gasbildung zu unterdrücken; in gleicher Weise wirkt das Saccharin. Die nächtlichen Schmerzanfälle werden oft durch hartgesottenes Eiweiss besser beseitigt, als durch Morphium.

Abelmann.

Dr. Carl Fixsen †.

— Völlig unerwartet traf aus Borshom im Kaukasus die Nachricht ein, dass Dr. C. Fixsen, welcher dort einige Wochen zur Erholung verbringen wollte, am 14. August gestorben ist; ein schmerzlicher Verlust, namentlich für jene Gruppe befreundeter deutscher Collegen, welche um's Jahr 1860 herum, von der Dorpater Hochschule kommend, sich in St. Petersburg niederliessen.

Carl Fixsen, geboren am 23. Juni 1832, war der Sohn eines aus Hamburg stammenden, seinerzeit sehr bekannten Gross-Kaufmanns in St. Petersburg. Seine Schulbildung verdankt er der Petrischule, nach deren Absolvirung wurde er im Sommer 1850 Student in Dorpat, anfangs Zoologe, später

Mediciner und hielt sich zur Corporation Curonia. Im Jahre 1856 errang er den Doctor-Titel und ging darnach zur ferneren Ausbildung in's Ausland. An verschiedenen Hochschulen machte er vorwiegend klinische Studien und arbeitete auch unter R. Virchow's Leitung im pathol. Cabinet zu Berlin. Neben medicinischen Studien betrieb er mit Vorliebe Entomologie, eine wissenschaftliche Specialität, auf welche er seit früher Jugend viel Arbeit verwandt hat und in welcher er Bedeutendes geleistet; seine entomologische Sammlung wird von Fachleuten sehr hoch geschätzt.

Nach Petersburg im Jahre 1859 zurückgekehrt, fand er zunächst als Entomologe bei der Akademie der Wissenschaften Verwendung, trat dann als Supernumerar am Obuchow-Hospital in den Staatsdienst. Damit begann seine ärztliche Laufbahn, welcher er 33 Jahre bis zuletzt treu geblieben. Vom Obuchow-Hospital ging er 1868, einem Rufe des damaligen Oberarztes Küttner folgend, zum Gefängniss-Hospital über, welches er nach K.'s Abgang bald auch verliess; später hat er wiederholt die zeitweiligen internen Abtheilungen geleitet, welche beim Hospital Nikolai des Wunderthäters einige Jahre hindurch bestanden. Ausserdem zählte er nominell im Dienst beim Apanagen-Departement. Der Schwerpunkt seiner ärztlichen Thätigkeit lag in der Privatpraxis, welche in den letzten 10 Jahren nach seinem Ausscheiden aus dem Hospital-Dienst seine ausschliessliche Arbeitsform war. Er hatte eine grosse hausärztliche Clientel, vorwiegend in deutschen Kaufmannskreisen und war überall ein sehr beliebter Arzt, weil zugleich der treue Freund seiner Patienten. Am Krankenbett war er ein genauer, aufmerksamer Beobachter, ruhig und bestimmt in seinen Anordnungen, welche stets auf reiflicher Ueberlegung beruhten; seine ganze Persönlichkeit war eine solche, dass man ihm Vertrauen schenken musste. C. Fixsen hat kein eignes häusliches Glück gekannt, – er ist unverheirathet geblieben, — um so fester waren die Freundschaftsbande, welche ihn mit einigen verwandten und nahestehenden Familien, sowie einzelnen Freunden verbanden. Unter seinen Collegen war er hoch geachtet wegen seines ruhigen Urtheils seiner Ehrenhaftigkeit und Treue. Ein reger Kunstsinn, besonders für Musik, führte ihn auch vielfach mit Künstlern zusammen, manchen Abend hat Frau Musika dem alternden Junggesellen verschönt und ihn auf diese Weise für mangelnde häusliche Freuden entschädigt.

Nun er dahingegangen, werden wir eine schmerzliche Lücke noch lange empfinden. Ein dankbares und liebevolles Andenken wird ihm in den Herzen aller seiner Freunde bewahrt bleiben. M.

Dr. Emil Lehmann †.

Schlag auf Schlag folgen die Todesfälle in unserem ärztlichen Kreise. Die Kränze auf Obermüllers Grabe sind noch nicht verwelkt, das Telegramm, welches uns die Nachricht vom Hinscheiden Fixsen's brachte, ist noch nicht zu Aller Kenntniss gekommen, und schon geht von Mund zu Munde die Trauerbotschaft: auch Lehmann ist nicht mehr unter uns. Monatelang während des vorigen Winters fürchtete der grosse Kreis seiner Freunde die Nachricht zu hören; denn eine schwere mit mancherlei Complicationen verlaufende Pneumonie fesselte ihn lange ans Krankenlager. Als er aber Alles glücklich überstanden hatte, und sich durch einen langen Aufenthalt im südlichen Europa erholt und gekräftigt hatte, da hofften Alle, dass er nun für lange seinem an Arbeit und an Freuden reichen Leben wiedergegeben sei. Es sollte anders sein: In der Frühe des 17. August erlag er einer acuten Endokarditis.

Geboren 1831 zu Fellin, genoss Emil Lehmann den ersten Unterricht in seiner Vaterstadt und besuchte später die Anstalt von Birkenruh. An der Universität Dorpat studirte er erst Zoologie (1850) dann Medicin (1851 –1856) und wurde 1856 zum Dr. med. promonirt. In den darauffolgenden Jahren (1857—58) setzte er seine Studien im Auslande, besonders in Berlin und Wien fort. Im Jahre 1859 liess er sich in St. Petersburg als praktischer Arzt nieder und wurde er Ordinator am Marien-Magdalenenhospital, welche Stellung er bis 1882 inne hatte.

Offenheit und Gutherzigkeit, unerschrockener Muth und gesellige Liebenswürdigkeit, gewürzt von Geist und Humor, waren die Charakterzüge, welche Lehmann schon als Studenten, als Glied der Landsmannschaft Livonia auszeichneten. Er hat sich diese Eigenschaften bis an sein Ende unbeschränkt erhalten. Dazu trat die Pflichttreue im Beruf, die ihn immer so handeln liess, dass seine Berufspflichten den ersten Anspruch an seine Zeit und Kraft hatten. Diesen genügte er mit peinlicher Gewissenhaftigkeit, mit bewundernswerther Ausdauer und Geduld, gleichviel ob es Reiche oder Arme, Vornehme oder Geringe waren, die seine Hilfe suchten. Ja, er gab den Armen und Geringen den Vorzug, einmal aus innewohnender Noblesse, dann aber auch, weil ihm ein Hauch frischer Burschikosität geblieben war, der ihn keine Anmaassung dulden liess, in welcher Form sie ihm auch entgegentreten mochte. Besonders gut hatten es die Kranken und das Pflegepersonal der Abtheilung des Marien-Magdalenenhospitals, in welcher Lehmann mehr als 20 Jahre wirkte. Dabei bewiesen die ausserordentlich genau und gewissenhaft geführten Krankenjournale, dass nicht nur freundliche Humanität sondern auch wissenschaftliches Interesse ihn mit solcher Hingabe am Hospital arbeiten liess. Und wer Gelegenheit gehabt hat, Lehmann in seiner Thätigkeit als Hausarzt zu sehen, der weiss, dass er zahlreichen Familien Jahre und Jahrzehnte lang ein treuer, unermüdlicher Helfer und Berather gewesen.

Lehmann war reich an sonnigem Lebensglück. Mit Sorgen um die Existenz hat er nie zu kämpfen gehabt. Anerkennung in jeder Form fand seine Berufsthätigkeit in reichem Maasse. Ein glückliches, wenn auch von manchem herben Verlust berührtes Familienleben war ihm geschenkt. Im Kreise seiner Familie und seiner zahlreichen Freunde durfte er vor anderthalb Jahren das Fest der Silberhochzeit begehen. Seine Liebe und sein Verständniss für die schönen Künste, besonders die Musik, und für die Blumenzucht liessen immer nur die Tage und Jahre zu kurz für ihn sein — und zu kurz erscheint sein Leben für die Seinen, für die Freunde und Collegen und für den weiten Kreis seiner dankbaren Patienten.

Friede seiner Asche!

Vermischtes.

— Am 21. August hat Professor Dr. Rudolf Virchow mit seinem Sohne, Prof. Dr. Hans Virchow, St. Petersburg verlassen, um nach mehrwöchentlicher Abwesenheit nach Berlin zurückzukehren. Während seines neuntägigen Aufenthalts in St. Petersburg war der berühmte deutsche Gelehrte und Arzt der Gegenstand einer ununterbrochenen Reihe von Huldigungen und Ovationen. Schon bei der Ankunft wurde ihm seitens der Spitzen der medicinischen Institutionen der Residenz und zahlreicher Vertreter der ärztlichen Welt ein herzlicher Empfang zu Theil. Reiche Ehren brachten dem gefeierten Gast auch die folgenden Tage. Nicht allein die Aerzte, auch viele hochgestellte Staatsmänner wetteiferten im Bestreben, dem grossen Gelehrten ihre Hochachtung und Verehrung auszudrücken, ihm beim Besuch der wissenschaftlichen Institute, Hospitäler, Sehenswürdigkeiten u. s. w. behülflich zu sein und ihm den Aufenthalt so angenehm als möglich zu machen.

Unermüdlich und mit einer für seine Jahre staunenswerthen körperlichen und geistigen Frische hat Prof. Virchow aber auch die Tage seines Aufenthalts hierselbst ausgenutzt zur eingehenden Besichtigung vieler Hospitäler, des Instituts für Experimental-Medicin, verschiedener Kunstinstitute, des Smolnastifts, mancher städtischer Einrichtungen, wie Schlachthof, Wasserfilter, Schulen, viele Sehenswürdigkeiten hier, in Peterhof, Pawlowsk und Zarskoje Sselo, ja selbst der russischen Badstube. Die Nachmittagsstunden waren in der Regel durch Festdiners, welche zu Ehren des verehrten Gastes veranstaltet wurden, eingenommen. Die Reihe derselben eröffnete das Diner beim Prinzen Alexander von Oldenburg auf seiner Villa in Peterhof, zu welchem ausser hoch gestellten Persönlichkeiten auch die Aerzte sämmtlicher unter dem Protectorat Sr. Hoheit stehenden Institutionen geladen waren. Am nächsten Tage folgte die grosse Festivität, welche der Präses der städtischen Sanitätscommission Ratkow-Roshnow zu Ehren Virchow's auf seiner Villa in Oranienbaum arrangirt hatte, in welcher nicht weniger als 150 Personen versammelt waren. Am Sonntag war Prof. Virchow von Prof. Zdekauer und einer Anzahl Aerzte zu einem Diner nach Pawlowsk geladen: Am Montag, den 7. August fand dann das grosse Diner statt, welches die St. Petersburger Aerzte zu Ehren ihres berühmten Collegen und Meisters veranstalteten und an welchem auch der Minister der Volksaufklärung Graf Deljanow theilnahm.

Dienstag, den 18. August, um 6 Uhr Nachm. stattete Prof. R. Virchow in Begleitung seines Sohnes Prof. Hans Virchow, dem hiesigen deutschen Alexanderhospital einen Besuch ab. Vom Director Dr. Moritz geleitet, besichtigte der berühmte Gast die stationäre Abtheilung des Hospitals, verweilte längere Zeit im pathologischen Cabinet im Gespräch mit dem Prosector des Hospitals Dr. Westphalen und nahm sodann mit einigen Mitgliedern des Directoriums und den Aerzten des Hospitals in einem zur Zeit freien Raume des Hospitals das Diner ein, welches in animirter Stimmung verlief und sich bis gegen Mitternacht hinzog.

Auf die zahlreichen bei den verschiedenen Gelegenheiten gehaltenen, zum Theil recht interessanten Reden können wir wegen Raummangels nicht näher eingehen, wollen aber hier doch die von Prof. Virchow in einer seiner Reden abgegebene Erklärung hervorheben, dass der Zweck seiner diesmaligen Fahrt nach Russland darin bestanden habe, den

russischen Aerzten für die reichen Ehren zu danken, die sie ihm im vorigen Jahre anlässlich seines Jubiläums erwiesen hätten; viele Länder hätten ihn damals geehrt, keines aber herzlicher als Russland!

Wie der Empfang, so war auch der Abschied von dem verehrten Gaste ein durchaus würdiger und glänzender; ein zahlreiches Contingent von hochgestellten Personen und Aerzten hatte sich auf dem Bahnhof eingefunden, um ihm das Geleit zu geben. Bf.

— Am 5. August beging der hiesige Arzt, wirkl. Staatsrath Dr. G. F. Wutschichowski, auf seinem Gute in Finnland das 50jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. Der Jubilar war nach Absolvirung des Cursus in der medico-chirurgischen Akademie anfangs Arzt am Findelhause und am Peter-Paul-Hospital in St. Petersburg, worauf er längere Zeit im Marien-Ressort diente. Viele Jahre hindurch war er auch älterer Arzt des Isidor'schen Armenhauses und ist gegenwärtig Curator des Marien-Instituts für blinde Mädchen hierselbst. (Syn Otetschestwa. — Wr.).

— Verstorben: 1) Am 7. August in St. Petersburg der hiesige Arzt, Collegienrath Hermann Malis, im 74. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Wolhynien und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1847—51 studirte. Nach Erlangung des Arztgrades war er anfangs Kreisarzt in Ostrog (Wolhynien), später Kreisarzt des Petersburger Kreises. Im Jahre 1885 nahm er seinen Abschied und lebte seit dieser Zeit als praktischer Arzt in St. Petersburg. 2) Am 14. Juli auf der Sanitätsstation in Samarkand der Oberarzt des 11. Turkestanschen Linienbataillons, Nikander Dmitrowski, an der Cholera. 3) In Eriwan der Militärarzt Nowikow, welcher von der Militär-Obrigkeit dorthin zur Bekämpfung der Cholera abcommandirt worden war, an der Cholera. 4) In Tscherkassy am 25. Juli der Oberarzt der Fastowschen Eisenbahn Sigismund Kirschmann im 47. Lebensjahre an Phthisis. Der Verstorbene erfreute sich sowohl als Eisenbahnarzt, als auch als praktischer Arzt im Flecken Smjela grosser Beliebtheit. Er hat seine Frau mit 4 Kindern mit wenig Mitteln hinterlassen. 5) Der jüngere Ordinator des Militärhospitals in Taschkent, Joh. Donskow, im 33. Lebensjahre. 6) In Wien der frühere Professor der Wiener Universität, Dr. Ludwig Bandl, im noch nicht vollendeten 50. Lebensjahre nach langjähriger Geisteskrankheit. Seine wissenschaftlichen Leistungen auf dem Gebiet der Gynäkologie sichern ihm einen ehrenvollen Platz in der Geschichte dieser Disciplin.

— Prof. Dr. v. Anrep hat, da die Cholera in Nishni-Nowgorod dem Erlöschen nahe ist, diese Stadt bereits verlassen und ist ihm bei dieser Gelegenheit vom Gouverneur, der Einwohnerschaft und der zur Messe versammelten russischen Kaufmannschaft der wärmste Dank für die energische und weise Leitung im Kampfe gegen die Epidemie ausgesprochen worden.

— Am 16. August ist ein temporäres Cholerahospital, welches aus 20 Zimmern besteht, bei der Station Udelnaja auf Kosten der St. Petersburger Kreislandschaft eröffnet worden. Ein ebensolches Hospital wird in Nowaja Derewnja eingerichtet.

— Der XXIII. deutsche Anthropologencongress in Ulm hat zum ersten Vorsitzenden für die nächstjährige Versammlung, welche in Hannover stattfinden wird, Prof. Rud. Virchow, zum zweiten Prof. Waldeyer (Berlin) und zum dritten Vorstande Prof. Schaafhausen (Bonn) gewählt.

— Der nächste internationale Congress für Anthropologie und prähistorische Archäologie soll in Konstantinopel oder, falls Hindernisse eintreten sollten, in Athen stattfinden.

— Zur Theilnahme an dem am 14. September n. St. in Brüssel beginnenden internationalen Congress für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe sind bereits 750 Aerzte aus Europa und Amerika angemeldet. Für den vom 5.—10. September n. St. in Wien tagenden II. internationalen dermatologischen Congress haben sich bereits über 200 Mitglieder gemeldet.

— In New-York erscheint ein neues med. Journal, welches ausschliesslich der Therapie gewidmet ist, unter dem Titel «The American Therapeutist». Redacteur desselben ist Dr. Aulde.

— In Brescia (Lombardei) ist der Director der dortigen Irrenanstalt geisteskrank geworden. Die Ordinatoren wurden die Erkrankung des Directors erst gewahr, als er bei seinem Rundgang am Morgen im Hospital plötzlich eine Scheere verlangte, «um den Kranken den Schädel zu öffen behufs Untersuchung des Gehirns». (Züricher Post — Wr.).

— Die Kreislandschaft von Sserdobsk (Gouv. Ssaratow) hat das Leben ihrer 5 Aerzte mit 50,000 Rbl. und 6 Feldschern mit 60,000 Rbl. versichert, um die Familien derselben im Falle des Todes ihrer Versorger sicherzustellen. Ein nachahmungswürdiges Beispiel für andere Landschaften und städtische Communen!

— Prof. Rosenbach (Breslau) empfiehlt in der «Berl. klin. Wochenschrift» Nr. 34 die Anwendung der Kohlensäure bei der Behandlung der Cholera. Auf die von Dr. E. Fränkel gefundene Thatsache, dass die Kohlensäure entwicklungshemmend auf Culturen der Cholerabacillen wirkt, welche sich, ebenso wie andere Saprophyten, in einer Kohlensäure gar nicht zu entwickeln scheinen, sich stützend, macht R. den Vorschlag, die Kohlensäure in Gasform direct in den Verdauungstractus zu bringen. Die Anwendung von kohlensauren Alkalien vermeidet er, weil durch dieselben die Säure des Magensaftes neutralisirt wird, während durch Einführung von künstlicher flüssiger Kohlensäure eine directe Resorption ohne Störung der Verdauungsfunction stattfindet und die Verwendung der flüssigen Kohlensäure zu Darminjectionen (nach Dr. Oliven's Versuchen gelegentlich der Behandlung der Phthisis) ungefährlich ist. Rosenbach empfiehlt daher bei der Cholera Injectionen von flüssiger Kohlensäure in den Magen mittelst einer Schlundsonde und in den Darm vom Rectum aus. Um den etwaigen Widerstand des Pylorus und der Bauhin'schen Klappe zu überwinden, benutzt R. die Darreichung von Opium und hofft dadurch auch das Eindringen der Kohlensäure in den Dünndarm erreichen zu können. Bf.

— Seit dem 12./24. August ist in Hamburg die asiatische Cholera amtlich festgestellt worden, obschon mehrere Tage früher zahlreiche choleraartige Erkrankungen, darunter einige mit Exitus letalis gemeldet wurden. Nach den Mittheilungen des aus Hamburg zurückgekehrten Professors Rob. Koch herrscht die asiatische Cholera in Hamburg und Altona in einem bedrohlichen Umfange. Am 16./28. August kamen 445 Erkrankungen und 162 Todesfälle an der Cholera vor. Auch aus Lübeck, Magdeburg, Meklenburg-Schwerin, Sachsen-Altenburg werden vereinzelte Cholerafälle gemeldet. In Belgien ist die Cholera bereits in: Brüssel, Antwerpen, Jumet und Charleroi; in Frankreich: in Havre und Rouen aufgetreten.

Die Choleraepidemie in Russland ist im Ganzen in den bisherigen Grenzen geblieben, nur hat sie ihre bisherige westliche Grenze, das Gouvernement Poltawa, überschritten, indem sie plötzlich, mit Ueberspringung der dazwischenliegenden Gouvernements Kiew und Wolhynien, am 7. August im Gouv. Lublin aufgetreten ist. Bis jetzt sind über 50 Gouvernements und selbstständige Gebiete von der Cholera inficirt. Die meisten Opfer fordert die Seuche gegenwärtig noch in den Gouvernements an der untern Wolga, im Tambow'schen Gouvernement und im Kaukasus. In St. Petersburg ist die Zahl der Erkrankungen noch immer in Zunahme begriffen, wozu namentlich die Feiertage mit der an solchen Tagen üblichen Unmässigkeit im Essen und Trinken das Ihre beigetragen haben. So wurde am 17. August, also einen Tag nach dem Apfelfest, die bis jetzt höchste Zahl der Erkrankungen (156) und am 18. August die gröste Zahl der Todesfälle (51) constatirt. Bis jetzt sind fast ausschliesslich die niedern Volksklassen von der Seuche ergriffen worden. Nach den officiellen Bulletins beträgt die Gesammtzahl der Erkrankungen in St. Petersburg vom 20. Juli bis zum 19. August Mittags 1812. Von diesen sind 742 genesen und 506 verstorben.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 16. August d. J. 5687 (114 mehr als in der Vorwoche), darunter 256 Typhus — (4 mehr), 558 Syphilis — (3 weniger), 20 Scharlach — (5 mehr), 10 Diphtherie — (1 mehr), 15 Masern — (2 mehr), 2 Pocken — (2 weniger) und 448 Cholerakranke (157 mehr als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Im Kreise Mokschan (Gouv. Pensa) ist der Posten eines Landschaftsarztes erledigt. Wohnsitz im Handelsdorf Lunino, wo ein Hospital mit 20 Betten ist. Gehalt 1600 Rbl. jährlich nebst freier Wohnung mit Beheizung. Adresse: «Мокшанская Земская Управа».

2) Es wird ein Landschaftsarzt für den Kreis Buguruslan (Gouv. Ssamara) gesucht. Gehalt 1200 Rbl. jährlich. Bewerber haben sich unter Beifügung der Documente zu wenden an die «Бугурусланская Земская Управа».

Es werden ferner zur zeitweiligen Hilfeleistung während der Choleraepidemie gesucht von folgenden Landschaften: a) Jaroslaw — Aerzte (200—400 Rbl. Gehalt monatl.), Studenten der beiden letzten Curse (100 Rbl. monatl.), Feldscher und Feldscherinnen (25—50 Rbl. monatl.) — b) Krapiwna (Gouv. Tula) — Aerzte (250 Rbl. monatl. und 50 Rbl. zu Fahrten), Feldscher (50 Rbl. monatl. und Fahrgelder). Adresse: «Лазаревское почтовое отдѣленіе, Тульской губ., г. предсѣдателю Управы А. И. Полякову». c) Starodub (Gouv. Tschernikow) — Aerzte (200 Rbl. monatl.), Studenten

des 4. und 5. Cursus (150 Rbl.), Feldscher (75 Rbl.). Im Falle des Todes an der Cholera wird der Familie des Arztes eine Pension von 500 Rbl., der des Feldschers von 100 Rbl. gezahlt. d) Poschehonje (Gouv. Jaroslaw) — 1 Arzt und 1 Feldscher (Gehalt nach Vereinbarung).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 9. August bis 15. August 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
472	324	796	151	51	79	11	12	28	100	145	70	48	52	37	11	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 8, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 7, Scharlach 2, Diphtherie 1, Croup 1, Keuchhusten 9, Croupöse Lungenentzündung 9, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 288, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 1, Tuberculose der Lungen 72, Tuberculose anderer Organe 4, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 44, Marasmus senilis 26, Krankheiten des Verdauungscanals 110, Todtgeborene 26.

◆ Die Bibliothek des Vereins St. Petersburger Aerzte wird im Laufe des Sommers zugänglich sein am Dienstag und Freitag von 4—6 Uhr und am Mittwoch im Laufe des ganzen Tages.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 35 St. Petersburg, 29. August (10. September) 1892

Ein Fall von fortschreitendem Muskelschwund syringomyelitischen Ursprungs.

Vortrag mit Krankenvorstellung, gehalten den 12. April 1892 in der medicinischen Gesellschaft zu Wilna.

Von

Dr. L. Stembo.

Sehr geehrte Collegen! Nachdem ich Ihnen eine grössere Reihe von Muskelatrophie-Fällen myopathischer Natur vorgeführt habe, denke ich, dass es von Interesse sein wird einen Fall von progressiver Muskelatrophie myelopathischer Herkunft und zwar deuteropathischer Natur Ihnen vorzustellen.

Der vor Ihnen befindliche Kranke stammt aus einer kerngesunden Familie: weder Schwindsucht, noch Syphilis, noch Rheumatismus, noch irgend welche Nervenkrankheiten sind in seiner Familie vorgekommen. Der Kranke will früher immer gesund gewesen sein. Mit zwanzig Jahren verheirathete er sich, seine Frau hat ihm fünf gesunde Kinder geboren, von denen zwei aus unbekannter Ursache gestorben sind. Aborte sollen bei seiner Frau nicht vorgekommen sein. Vor zehn Jahren überstand er einen schweren Unterleibstyphus. Vor acht Jahren fiel er in einen grossen mit heissem Bier gefüllten Kübel, er erlitt dabei nur Verbrennungen ersten Grades. Während seiner Krankheit wurden ihm nie Aetherinjectionen an den Armen gemacht.

Obwohl er schon seit langer Zeit an Schwäche in beiden Armen litt, so datirt der Kranke doch den Beginn seiner Krankheit vom September vorigen Jahres, als er zuerst Schmerzen in der linken Schulter verspürte, worauf auch die Schwäche in diesem Arme bedeutender wurde. Es dauerte nicht lange und der rechte Arm wurde auch nach und nach schwächer.

Wenn wir jetzt unseren 40 Jahre alten Kranken näher betrachten, so sehen wir, dass er von hoher Statur und mittlerem Körperbau ist, sein Schädel zeigt keine Abnormitäten. Gesichtsausdruck traurig. Gesichtsmuskeln wenig beweglich, obwohl sichtliche Paresen nirgends zu sehen sind.

Die Beweglichkeit der Augen ist normal, die rechte Pupille ist etwas enger als die linke, beide aber reagiren gut auf Licht und Accommodation. Am Augenhintergrunde ist nichts auffallendes zu bemerken.

Gesicht, Gehör, Geruch und Geschmack dem normalen Zustande entsprechend.

Die Lippen schmal. Appetit und Schlaf sehr gut.

An den oberen Extremitäten ein leichter Tremor. Herztöne dumpf, ihr Rhythmus unregelmässig. Geräusche sind jedoch nirgends wahrzunehmen. Pulsfrequenz 76.

Lunge und Unterleibsorgane in Ordnung. Defäcation und Harnabsonderung normal, der Harn enthält weder Zucker noch Eiweiss. Alle Sensibilitätsarten ausser dem Tastsinn sind an mehreren Stellen des Körpers, besonders an den oberen Extremitäten und am Rücken abgeschwächt, am meisten hat das Gefühl für Schmerz und Wärme gelitten. Feuer wird an den genannten Stellen als blosse Berührung empfunden.

Haut- und Sehnenreflexe abgeschwächt, die Patellarreflexe sind auch mit Hilfe des Jendrassik'schen Verfahrens nicht hervorzurufen.

An der hinteren Fläche beider Ellenbogengelenke befinden sich sogenannte Hygromata Olecrani, rechts etwas grösser als links.

Die Temperatur beider Oberextremitäten mässig herabgesetzt.

Die Muskeln auf der Streckseite beider Vorderarme sind deutlich atrophisch, an der Atrophie nehmen auch viele andere Muskelgruppen Theil, aber nicht in dem Maasse, so die Tricipites brachii, Mm. supra- et infraspinati, die langen Rückenmuskeln, in Folge wessen sich bei dem Kranken eine bogenförmige Kyphose ausgebildet hat; von Skoliose ist bei unserem Kranken nichts zu sehen.

Die kleinen Fingermuskeln, so die des Thenar und Hypothenar wie auch die interossei, sind wenig afficirt.

Das Muskelgefühl ist erhalten. Die elektrische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven ist quantitativ bedeutend herabgesetzt, aber qualitativ nicht verändert.

Muskeln und Nerven sind auf Druck nicht empfindlich, auch ist die mechanische Erregbarkeit der Muskeln nicht erhöht, jedoch sind in ihnen öfters fibrilläre Zuckungen zu bemerken. Der Kranke fühlt gut den Boden unter sich, kann gut mit geschlossenen Augen gehen und stehen, er zeigt absolut keine Coordinationsstörungen.

Es sind also bei unserem Kranken folgende Symptome hervorzuheben: fortschreitender Muskelschwund, besonders der beiden oberen Extremitäten, Fehlen der Patellarreflexe, Dissociation der Hautsensibilität und Hygromata olecrani. Wie sollen wir uns in diesem Fall zurechtfinden? gehören die bei unserem Kranken vorhandenen Krankheitserscheinungen zwei oder mehreren von einander unabhängigen Krankheitsformen an, oder sind

vielleicht manche Symptome nur die Folgen von anderen, oder gehören alle Symptome nur einer Krankheitsform an? Es wurde von einer Seite die Meinung geäussert, ob nicht die Atrophie an den vom N. radialis innervirten Muskeln vom Druck der Hygromata auf die Nn. radiales abhängig gemacht werden könnte. Wollen sie gefälligst nur einen Blick auf die drei im Hirschfeld'schen[1]) Atlas sich befindenden Abbildungen des Verlaufes des N. radialis werfen. Sie werden sich sofort überzeugen, dass die Hygrome gar keinen Druck auf die genannten Nerven ausüben können.

1. Haben wir es vielleicht mit einer Bleilähmung zu thun? Der Kranke hat sich nie mit Blei beschäftigt, Sie finden an ihm absolut nichts, was an Saturnismus erinnern könnte: keinen Bleisaum am Zahnfleisch, keine Darmkolik, keine Verstopfung, kein Verschontbleiben des Supinator longus und Abductor pollicis u. s. w.

2. Es kann sich in unserem Falle auch nicht um Druck- oder Schlaflähmung handeln, da die Schwäche in den Muskeln allmälig zunahm; dagegen würde auch der Befund der elektromuskulären Erregbarkeit der Muskeln und Nerven sprechen.

3. Es kann auch nicht von einer degenerativen chronischen Polyneuritis in unserem Falle die Rede sein; dagegen spricht das Fehlen der Schmerzhaftigkeit bei Druck auf die Nerven, das Fehlen der mechanischen Erregbarkeit der Muskeln, dagegen spricht auch das Resultat der elektrischen Exploration der eben genannten Gebilde.

4. Soll das Vorhandensein des Westphal'schen Zeichens uns zur Annahme einer Tabes verleiten? Umsomehr da wir wissen, dass bei der eben genannten Krankheit auch Muskelatrophien vorkommen. Die Untersuchung des Kranken hat uns aber gezeigt, dass ausser dem Fehlen der Kniephaenomene wir absolut nichts haben, was für die Diagnose «Tabes» sprechen könnte: kein Romberg'sches Symptom, kein Treppenzeichen (signe de l'escalier), keine Argyll-Robertson'sche Pupille, Patient legt leicht ein Bein auf das andere u. s. w.

5. Von einer primären Myopathie kann in unserem Falle nicht die Rede sein, da wir Störungen der Sensibilität und fibrilläre Muskelzuckungen haben. Die Art der Verbreitung der Muskelatrophie und das Vorhandensein der Sensibilitäts-Dissociationen sprechen gegen die Annahme einer gewöhnlichen Muskelatrophie vom Typus Duchenne-Aran.

6. Die multiple Sklerose kann durch das Fehlen des Intentionszitterns, des Nystagmus ausgeschlossen werden.

7. Bei Myelitis chronica cervicalis haben wir hauptsächlich motorische Störungen und keine Dissociation der Sensibilität.

8. Von der anaesthetischen Form der Lepra wird unser Fall dadurch zu unterscheiden sein, dass die Sensibilitätsstörungen viel grössere Regionen als bei Lepra einnehmen und regelmässig und scharf begrenzt sind.

9. Ich muss noch der Hysterie, die zuweilen ähnliche Erscheinungen, wie unser Patient sie bietet, machen kann, erwähnen. Es ist ja bekannt, dass Charcot und Babinski bei manchen Hysterischen Muskelatrophien angetroffen haben, und wenn wir noch hinzufügen, dass Charcot bei denselben manchmal auch die Dissociation der Sensibilität, die dieselbe Art der Verbreitung wie bei unserem Kranken hat, vorfand, so wird die Nothwendigkeit des Beweises, dass es in unserem Falle sich nicht um Hysterie handelt, verständlich sein. Auch Rossolimo stellte am 20. März d. J. in der Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde zu Moskau eine Hysterische vor, deren Leiden grosse Aehnlichkeit mit dem unseres Kranken hatte, und doch von Rossolimo mit gutem Grunde als Hysterie angesprochen werden konnte.

Bei der Hysterie haben wir Störungen der speciellen Sinne, hier, wie Sie wissen, fehlen sie, der Eintritt der Lähmung ist bei der Hysterie plötzlich, bei unserem Kranken hielt die Schwäche resp. Lähmung mit der Atrophie gleichen Schritt.

Sie sehen also, dass das Krankheitsbild unseres Patienten nicht in den Rahmen aller hier angeführten nosologischen Formen passt, sich aber leicht durch die Anwesenheit von Höhlen im Rückenmark erklären lässt, es handelt sich also bei ihm um eine Syringomyelie.

Der Name «Syringomyelie» stammt von Ollivier (1837), der denselben für alle ohne Ausnahme im Rückenmark vorkommenden Höhlen, auch für die Erweiterung des Canalis centralis medullae spinalis, den er für ein pathologisches Product hielt, gebrauchte.

Durch Untersuchungen von Stilling, Kölliker und Waldeyer wurde die normale Existenz des eben genannten Canals sichergestellt, ja nach Virchow und Leyden sollten alle im Rückenmark vorkommenden Höhlen eben durch Erweiterung dieses Canals zu Stande kommen und für diesen pathologischen Zustand wurde der Ausdruck «Hydromyelie» gebraucht.

Erst 1869 zeigte Hallopeau, dass verschiedene Processe in der Substanz des Rückenmarks selbst, besonders chronische Entzündungen, auch zur Formation von Cavitäten in demselben führen können.

Weitere Forschungen besonders von Simon und Westphal haben bewiesen, dass noch ein dritter Modus der Entstehung dieser Höhlen möglich ist, nämlich Erweichung und Resorption gliomatöser Geschwülste des Rückenmarks und Simon schlug deswegen vor, das Wort Hydromyelie für Erweiterung des Centralcanals und Syringomyelie für Höhlen, die unabhängig von demselben entstehen, zu gebrauchen.

Vor kaum 10—18 Jahren konnte man in den ausführlichsten Handbüchern der Nervenpathologie kaum einige Worte über die uns interessirende Krankheit finden. Ja sogar Erb[2]) äusserte sich in seinem bekannten Handbuch «dass wir zur Zeit (1876) kein Mittel besitzen, um während des Lebens die Diagnose einer Syringomyelie zu stellen».

Liebermeister[3]) und Strümpell[4]) in ihren 1885—1886 erschienenen Handbüchern schenken der Syringomyelie auch sehr wenig Aufmerksamkeit, auch Hirt[5]) handelt in seiner Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten (1890) diese Krankheit in einigen Zeilen ab.

Doch ist es jetzt gelungen durch eine Reihe von interessanten und wichtigen Arbeiten von Charcot, Schultze, Strümpell, Bäumler, Kahler, Fürstner und Zacher, Remak, Oppenheim, Bernhardt, Debove, Dejerine und, last not least, von russischen Forschern wie W. Roth, Rosenbach, Ssokolow u. A. die Sache so weit zu fördern, dass wir jetzt die Syringomyelie klinisch eben so gut diagnosticiren können wie die classische Tabes, und wenn sie früher von den Autoren vernachlässigt wurde, hat sie jetzt eine ausgezeichnete Bearbeitung durch eine Monographie Brühl's[6]), eines Schülers Charcot's erhalten.

In der eben erschienenen zweiten Auflage des bekannten Handbuches der Krankheiten des Nervensystems von Gowers[7]) findet die Syringomyelie als Krankheit sui generis eine ausführliche und genaue Betrachtung.

---

[1]) Description et iconographie du system nerveux, Paris 1853, Planche 49.

[2]) Krankheiten des Rückenmarks, 1876, S. 383.

[3]) Krankheiten des Nervensystems, 1885, S. 205.

[4]) Krankheiten des Nervensystems, 1886, S. 268.

[5]) Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten, 1890, S. 386.

[6]) Contribution à l'étude de la Syringomyelie. Paris, 1890.

[7]) A manual of diseases of the nervous system. London, 1892, pag. 562.

Und in der That ist es jetzt sehr leicht diese Krankheit zu erkennen: wenn bei einem Kranken progressive Muskelatrophie und Sensibilitätsstörungen in Form der von Charcot sogenannten syringomyelitischen Dissociation, d. h. Erhaltung der Tastempfindung bei gleichzeitiger Verminderung oder gar Aufhebung des Gefühls für Wärme, Kälte und Schmerz, zu constatiren sind, können wir sicher sein, dass wir eine Syringomyelie vor uns haben. Ja in vielen Fällen, kann schon die Anwesenheit der «Dissociation syringomyelique» ohne Muskelschwund genügen, wenn Hysterie ausgeschlossen werden kann, um mit einer an Gewissheit grenzenden Wahrscheinlichkeit die in Frage stehende Krankheit zu diagnosticiren; «of the two, the sensory loss is the earlier and more constant», sagt ganz richtig Gowers l. c. S. 574.

Zu den zwei oben angeführten Cardinalsymptomen kann sich mit der Zeit eine grosse Zahl anderweitiger Störungen besonders trophischer Natur hinzugesellen, in Folge derer sich Haut-, Knochen-, Gelenk-, Schleimbeutelerkrankungen, Rückgratsverkrümmungen (Skoliose) u. m. a. einstellen.

Die Art der Verbreitung des Muskelschwundes ist nichts weniger als constant und darum ist die Behauptung der Franzosen, dass bei Syringomyelie der Muskelschwund immer in Form des Typus Duchenne-Aran auftritt, lange nicht für alle Fälle zutreffend.

Es ist eine längst bekannte Thatsache, dass bei Rückenmarkskrankheiten die Symptomatologie viel mehr von dem Sitz der Erkrankung als von der Natur derselben abhängt, ja es können Fälle vorkommen (Bernhardt) bei denen gar keine Muskelatrophie vorhanden ist, eben wo die Vorderhörner vom syringomyelitischem Processe verschont bleiben.

Dass viele von Duchenne als progressive Muskelatrophie beschriebene Fälle grosse Aehnlichkeit mit Syringomyelie haben, erklärt sich einfach dadurch, dass er eben Syringomyeliefälle vor sich hatte.

Wenn auch das Centrum ciliospinale von dem Process ergriffen wird, haben wir oculo-pupilläre Erscheinungen: Ungleichheit der Pupillen und Retraction der Bulbi, das letzte wahrscheinlich in Folge einer Lähmung der glatten Müller'schen Orbitalmuskeln. Als Folge der Lähmung derjenigen Sympathicusfasern, die zu den recti externi gehen, ist Strabismus convergens zu verzeichnen.

Die Krankheit, nachdem man sie zu erkennen gelernt hat, ist gar nicht so selten, sie befällt Männer häufiger als Frauen.

Die Aetiologie ist noch ganz in Dunkel gehüllt, schwere Handarbeit soll dazu disponiren und als Causa proxima werden Trauma und Infectionskrankheiten beschuldigt. Die Prognose ist immer eine schlechte, da wir kein Mittel, der Krankheit Halt zu gebieten, besitzen.

Die Zahl der bei diesem Leiden angewandten Mittel ist gross, aber alle bleiben leider erfolglos.

Referate.

L. Brieger und A. Wassermann: Ueber künstliche Schutzimpfung von Thieren gegen Cholera asiatica. (Deutsche medic. Wochenschr. Nr. 31. 1892).

G. Klemperer: Untersuchungen über künstlichen Impfschutz gegen Choleraintoxication. (Berliner klinische Wochenschr. Nr. 32).

Brieger und Kitasato berichteten vor einiger Zeit über ein Verfahren, welches gestattet Meerschweinchen gegen eine nachfolgende Injection mit vollvirulenten Cholerabacillen widerstandsfähig zu machen. Diese Methode beruht auf der Züchtung von Cholerabacillen in wässrigen Auszügen zellenreicher Organe, insbesondere der Thymusdrüse von Kälbern. 24 Stunden lang liessen die Autoren die Bacillen auf dem Thymusnährboden wachsen, alsdann erwärmten sie die Culturen auf 65° 15 Minuten lang, brachten darauf die Culturen auf 24 Stunden in einen Eisschrank, und mit der so präparirten Cultur wurden die Thiere einer Vorbehandlung unterworfen. In der Regel wurden den Thieren innerhalb 4 aufeinander folgenden Tagen 4 Ccm. der Flüssigkeit intraperitoneal injicirt. Nach der ersten Injection wurden die Meerschweinchen von mehr oder minder schwerem Unwohlsein befallen, welches aber bald verschwand. Derart vorbehandelte Thiere erwiesen sich sofort nach der letzten Injection widerstandsfähig gegenüber den Choleravibrionen, und zwar ertrugen dieselben von der für nicht vorbehandelte Thiere innerhalb 12 Stunden tödtlich wirkenden Dosis das dreifache. Da diese Methode gewisse Schwierigkeiten wegen der nothwendigen Verarbeitung der Thymus bietet, suchten Brieger und Wassermann dieselben günstigen Resultate auf eine einfachere Weise zu erzielen. Am zweckentsprechendsten erwies es sich Choleravibrionen in der gebräuchlichen Fleischwasserpeptonbouillon zu züchten und diese Culturen dann am folgenden Tage fünfzehn Minuten lang auf 65° C. zu erwärmen. Mit dieser Flüssigkeit wurden dann die Thiere in analoger Weise behandelt. Sämmtliche derart vorbehandelte Meerschweinchen haben die doppelt tödtliche Dosis vollvirulenter Choleraculturen ertragen, während die Controlthiere ausnahmslos an Cholera zu Grunde gingen.

Klemperer hat ebenfalls Schutzimpfungsversuche mit erhitzten Choleraculturen angestellt; es kam ihm auch darauf an zu prüfen, ob der Einfluss der Thymusextracte unbedingt nothwendig sei, und ob man nicht durch die Erwärmung der Culturen allein dieselben Resultate erzielen könne. Die Vorbehandlung geschah mit Culturen, welche 2 Stunden lang auf 70° erwärmt waren, theils wurden subcutane, theils intravenöse Injectionen ausgeführt. Nach der intravenösen Injection von 1,5 der Cultur erkrankten Kaninchen alsbald in intensiver Weise; es traten starke Durchfälle ein, die Temperatur sank ausserordentlich tief. Offenbar sind Kaninchen gegen das Choleragift äusserst empfindlich. Von der 2 Stunden auf 70° erwärmten Cultur, von welcher ein 400 G. schweres Meerschweinchen 3 Ccm. ohne wesentliche Erkrankung verträgt, genügen bei intravenöser Einbringung 8 Ccm. um ein 2000 G. schweres Kaninchen in 24 Stunden zu tödten. Nimmt man eine geringere Dosis, so vertragen die Kaninchen die Injection und nach Ueberstehen der Erkrankung sind sie gegen die tödtliche Dosis geschützt. Das Blutserum eines immunisirten Kaninchen hat die Fähigkeit, bei intraperitonealer Injection Meerschweinchen gegen die tödtliche Dosis zu schützen. Zu solch einem Impfschutz gebrauchte Verf. 2 Ccm. des Serums für ein 400 G. schweres Meerschweinchen. Der Impfschutz war ein sicherer, wenn die Impfung 3 Stunden vor der Injection geschah. Verf. hat ferner Versuche angestellt Thiere gegen die vom Darmcanal kommende Cholerainfection (richtiger Choleraintoxication) zu schützen. Es ergab sich, dass die Injectionen von immunisirenden Culturen sämmtlich geeignet sind auch gegen die Intoxication vom Verdauungscanal Schutz zu gewähren. Nur bedarf es hierzu eines höheren Grades von Immunität, als gegen die intraperitoneale Vergiftung. Auch die immunisirenden Substanzen brachte Verf. Meerschweinchen in den Magen ein (nachdem die Magensäure durch Soda abgestumpft und Opium zur Aufhebung der Peristaltik gegeben wurde). Es zeigte sich nun, dass Meerschweinchen, welche die Eingiessung von 4 Ccm. Culturmischung in den Magen, nach Soda- Opiumbehandlung, überstanden, gegen die einige Tage später erfolgende Eingiessung absolut tödtlicher Mengen sicher geschützt waren, während die Controlthiere regelmässig zu Grunde gingen. Die Immunisirung vom Magen aus gelang aber nur, wenn kurz vor der immunisirenden Cultur 5 Ccm. Sodalösung gegeben wurde; diejenigen Thiere, bei welchen die Sodalösung bei der Vorbehandlung nicht angewendet wurde, sind bei der virulenten Bacillengabe, genau so wie die Controlthiere, eingegangen. Verf. hat schliesslich noch versucht immunisirende Culturen mittelst Electricität herzustellen. Er stellte für die Cholerabacillen fest, dass in eintägigen Bouillon-Culturen die Bacillen durch die 24 stündige Einwirkung eines constanten Stromes von 20 Milliampère völlig abgetödtet werden, während die Cultur zur Immunisirung sich sehr geeignet erweist.

Abelmann.

Dr. Maass (Göttingen): Die Methode der Wiederbelebung bei Herztod nach Chloroformeinathmung. (Berliner klin. Wochenschrift Nr. 12. 1892).

Verfasser berichtet über zwei Fälle von Stillstand der Herzaction bei Chloroformnarkose vor demjenigen der Respiration, wobei die Wiederbelebung in etwas modificirter Weise nach der in dem Lehrbuch der Allgemeinen Chirurgie von Prof. Koenig beschriebenen Methode gelang. Beide Fälle stimmen in den Hauptzügen vollständig überein, die jugendlichen Patienten (9½ a. n. und 13 a. n.) waren ohne ernstliche Erscheinungen bis zu tiefer Narkose chloroformirt worden; nach plötzlichem Schreien und Sträuben der Patienten wurde 2—3 Mal Chloroform in mässiger Menge aufgegossen,

worauf Aussetzen der Athmung, Fehlen des Radialpulses und maximale Weite der Pupillen auftraten. — Freimachen der Luftwege und entsprechend der Respirationsfrequenz ausgeführte Herzcompression beseitigten die drohenden Erscheinungen bis auf das Fehlen des Pulses. Ueber eine Stunde lang wiederholte sich dasselbe Spiel, Verengerung der Pupillen und Besserung der todtenblassen Gesichtsfarbe durch Compression der Herzgegend, nach dem Unterlassen derselben einige spontane Athemzüge aber kein Herzschlag, nach dem letzten Athemzuge maximale Pupillenweite. — Dabei findet eine langsame Verschlechterung des Zustandes statt. Erst mit dem Uebergehen zu einem schnelleren Tempo der Herzcompression von 120 und mehr in der Minute trat langsame Besserung ein, indem vollständige Verengerung der Pupillen zunächst eintrat, sodann Zunahme der spontanen Athemzüge an Tiefe und Zahl und als drittes Symptom Schliessen der Hände, Beugen der Arme, Heben der Schultern und Aufreissen des Mundes gleichzeitig mit dem letzten Athemzuge. Nach einiger Zeit liessen sich schwache Pulsschläge in der Carotis nachweisen, die blassen Lippen und Wangen begannen sich zu röthen und nach weiteren wenigen Minuten war nach Unterbrechung der Compression ein rascher kleiner Puls in der Carotis deutlich nachweisbar, die Athmung blieb im Gange und die Pupillen gingen auf mittlere Weite zurück. In der Folge traten Störungen des Bewusstseins, der Schluckbewegungen und der Sprache auf, bei dem einen nur angedeutet, bei dem anderen sehr intensiv, die langsam wieder schwanden. — Von einzelnen Erscheinungen wäre noch hervorzuheben, dass bei einem Patienten anfangs noch Herzaction, aber ohne Carotidenpuls bestand, und dass die Athmung eine Zeit lang deutlich den Cheyne-Stokes'schen Charakter trug, während im zweiten Fall die tiefe Narkose auffallend rasch eintrat, Neigung zur Pupillenweite schon vor Beginn der Syncope bestand und während der frequenten Compressionen eine deutliche Pulswelle in der Carotis gefühlt wurde sowie die Athmung auch während der Ausübung des Druckes auf die Herzgegend regelmässig stattfand.

Der Schwerpunkt der Gefahr lag nach Ansicht des Verfassers im Herzen. Ob es sich dabei um eine Lähmung des Herzmuskels oder des nervösen Apparates handelte, bleibt unentschieden, doch wäre letzteres wahrscheinlicher. — Zum Schluss giebt uns Verfasser die Technik der modificirten Methode der Herzcompression an, was im Original nachzulesen ist. C. Tomberg.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Wilh. Winternitz: Zur Pathologie und Hydrotherapie der Cholera. Leipzig und Wien, Toeplitz und Deuticke 1887.

In den zahlreichen jüngst erschienenen Broschüren und Abhandlungen über Choleratherapie vermissen wir jeden Hinweis auf die von Winternitz empfohlene hydriatische Behandlungsmethode — eine Methode, die schon in den früheren Epidemien von berühmten Aerzten und Klinikern empfohlen und geübt, von Winternitz aber wissenschaftlich begründet wurde. Wir erlauben uns die Leser unserer Wochenschrift mit dem Inhalte der vorliegenden Abhandlung bekannt zu machen. Verf. weist zunächst auf die Beobachtungen von Watson hin, dass Leute, die an kalte Waschungen und Bäder gewohnt waren, von der Cholera verschont blieben. Becker, Richter, Romberg und viele andere Aerzte erklärten, dass eine diätetische Wassercur zu Cholerazeiten einen prophylantischen Werth habe. Von den zahlreichen Mitgliedern des Berliner Wasserheilvereins soll während der mörderischen Epidemie 1850 kein einziges an der Cholera erkrankt gewesen sein. Winternitz schliesst sich der Meinung der eben genannten Autoren an, indem er die tonisirende, Innervation und Circulation kräftigende, einer Erkältung vorbeugende, Verdauung bessernde Wirkung einer allmorgendlichen diätetischen Wassercur als Prophylakticum vollauf gelten lässt. Aber auch bei praemonitorischer und Choleradiarrhoe giebt es nach Verf. kein sichereres, prompter und unfehlbarer wirkendes Mittel, als eine hydriatische Behandlung. Natürlich wirkt diese Methode nicht direct gegen das infectiöse Agens, wohl aber gegen den ganzen Symptomencomplex der Cholera. Verf. führt eine grosse Zahl historischer Daten an, wo der innerliche und äusserliche Wassergebrauch als bestes Mittel gegen die Choleradiarrhoe anerkannt wird. So hat sich schon die bekannte Commission französischer Aerzte (Gaimard und Gerardin), die von ihrer Regierung behufs Studiums der Seuche (Epidemie 1831) und ihrer Behandlung nach Russland, Preussen und Oesterreich entsendet wurde, in ihrem Berichte an die Regierung dahin ausgesprochen, dass die mit der Wassercur erzielten Resultate günstiger wären, als die mit irgend einer anderen Cur erzielten. Dieser Meinung schlossen sich in den späteren Epidemien viele Aerzte an. (Die zahlreichen literarischen Angaben sind im Original nachzulesen).

Der wichtigste Factor der Wasserwirkung ist der Einfluss auf die Circulation. Nach Kälteeinwirkung haben wir eine active arterielle Fluxion zur Haut, dadurch wird die Blutvertheilung im ganzen Organismus geregelt, das Blut wird von den inneren Organen, also auch vom Darmcanal abgeleitet. Dagegen bewirkt eine Wärmeeinwirkung eine passive Congestion und Hyperaemie. Eine andere Einwirkung des kalten Wassers ist die auf die Innervation: die Herzaction wird eine kräftige, die Innervation in den verschiedenen Vasomotoren eine höhere. Eine solche Innervationssteigerung im Splanchnicusgebiete bringt die Gefässe des Darms und der Unterleibsorgane zu mächtiger Contraction. Nun wird ein Gefäss mit hoher tonischer Spannung seiner Wand dem Durchtritte seines Inhalts einen grösseren Widerstand entgegensetzen, als ein erschlafftes Gefäss. Hierin liegt nach Ueberzeugung des Verf. die so grosse Wirksamkeit der Hydrotherapie. Was nun die anzuwendenden Methoden anlangt, so können dieselben ziemlich verschieden sein. Die einfachste ist die einer Abreibung mit einem in möglichst kaltes Wasser getauchten, meist etwas ausgerungenen Leintuch: unmittelbar darauf ein 10—14 gradiges Sitzbad. Im Sitzbade muss der Kranke an allen nicht im Wasser befindlichen Theilen gut in Wolldecken eingehüllt sein. Der Unterleib des Kranken wird dabei von einem Wärter frottirt. Darauf kommt der Patient in's Bett, wird tüchtig frottirt und dann gut bedeckt. Unter solch einer Behandlung trete dann meist bald eine vollständige Reaction und profuser Schweiss ein. In dieser Weise hat Winternitz seine Patienten mit Choleradiarrhoe behandelt. Der Erfolg war ein sehr guter. Aber auch im Stadium algidum und asphykticum ist nach Verf. eine Wasserbehandlung indicirt, die Wärmeapplication perhorrescirt er. Dabei macht Verf. auf die bekannte Thatsache aufmerksam, dass im algiden Stadium nur die Temperatur der Körperoberfläche gesunken ist, die Temperatur im Mastdarm ist dabei sehr häufig über der normalen (Charcot, Jefferson) Diese abnorme Wärmevertheilung wird durch eine Eisabreibung, durch kalte Sturzbäder, Sitzbäder etc. gehoben. Aerzte, wie Romberg, Wagner, Dietel, Niemeyer sind für die Anwendung der Kälte im algiden Stadium der Cholera eingetreten. Abelmann.

Protokolle
der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1182. Sitzung am 20. Mai 1892.

Anwesend 46 ordentliche Mitglieder und 11 Gäste.

1. Dr. Hampeln demonstrirt einige fibrinöse Beläge aus den Bronchien 2. und 3. Ordnung, welche eine Herzfehlerkranke, die wegen Hydrops der Pleura punktirt worden war, expectorirt hatte. Nach der Punction stellte sich seröse Expectoration ein, die ausnahmsweise nicht zum Tode führte. Hieranf und auch wohl im Zusammenhange hiermit bildeten sich die fibrinösen Beläge durch Reizung der Bronchialschleimhaut.

2. Dr. Mercklin stellt eine 49jährige Frau vor, die an «depressivem Wahnsinn» mit zahlreichen Gehörshallucinationen leidet und erörtert an der Hand dieses Krankheitsfalles die klinischen Unterschiede zwischen den Krankheitsformen «Wahnsinn» und «Paranoia».

3. Dr. Mercklin verliest seinen angekündigten Vortrag:

Zur Abgrenzung der Krankheitsform Paranoia.

Redner betont gegenüber den zwei monographischen Darstellungen der Paranoia, welche das Jahr 1891 brachte (Magnan-Möbius, Werner) die Thatsache, dass die Forschungen über diese Krankheitsform, welche Snell 1865 als erster klar definirte, noch nicht den Charakter des Abschlusses gewonnen haben. Vergleiche man den gegenwärtigen Standpunkt der Lehre von der Paranoia mit demjenigen Westphals vom Jahre 1876 so müsse man die von der Mehrzahl der Autoren vollzogene Ausscheidung der sogenannten «acuten Paranoia» aus der Gruppe der Paranoia und ihre Beschreibung als eine besondere Krankheitsform «Wahnsinn», als einen entschiedenen Fortschritt bezeichnen. Auch sonst seien im Einzelnen manche Behauptungen geprüft und in anderer Weise formulirt worden. Die pathologische Anatomie der Paranoia sei noch völlig unklar. Das Wesen des psychologischen Grundprocesses, der das Wahnsystem erzeugte sei hypothetisch und werden die hierauf bezüglichen Anschauungen Meynert's, Hagen's u. a. kurz besprochen. Die Mehrzahl der Fälle von Paranoia seien von Hallucinationen und Sensationen begleitet, die jedoch durchaus nicht mit der Krankheit verbunden sein müssten, wie der «Querulantenwahn» beweise. In der Regel führe die Paranoia nicht zu einem stärkeren Verfall der Intelligenz; sie könne aber bei schon früher Schwachsinnigen vorkommen und in einzelnen Fällen zu einem progressiven Verfall der psychischen Fähigkeiten führen. Ob zur Entstehung von

Wahnideen, wie es scheine, ein gewisser Mangel der kritischen Fähigkeiten nothwendig wäre, sei unbekannt. Die Frage «der psychischen Schwäche» bei der Paranoia werde endgiltig nur durch psycho-physische Messungen entschieden werden können. Buccola habe Reactionsbestimmungen bei Paranoikern ausgeführt und das Maximum der Reactionszeit bedeutend geringer gefunden als bei geistig rüstigen Individuen. Die Paranoia sei eine Krankheit des erwachsenen Alters. Im Kindesalter habe sie Vortragender nie gesehen, wenngleich es entschieden Fälle gebe deren Entwickelung in das Pubertätsalter zurückreiche. (Originäre Verrücktheit nach Sander). Was das Verhalten der Paranoia zu vorhergehenden Neurosen beträfe so sei eine Entwickelung derselben aus Neurasthenie und Hysterie unzweifelhaft zu beobachten, häufiger jedoch entstände sie ohne vorausgehende Neurose. Der Begriff der Hypochondrie habe sich mehr und mehr in den weiteren der Neurasthenie aufgelöst. Die sogenannten Hypochonder seien entweder Neurastheniker oder Paranoiker mit besonders hervortretenden hypochondrischen Wahnvorstellungen. Alle Versuche die Paranoia in einzelne Specialformen zu sondern hatten etwas unbefriedigendes. Möge man die Bezeichnung nach dem Inhalte der Wahnvorstellungen (Kraft-Ebing) oder nach dem Fehlen oder nach dem Vorhandensein der Hallucinationen (Mendel, Werner) oder nach dem mehr depressiven oder expansiven Gesammthabitus und der Präponderanz des hallucinatorischen oder des combinatorischen Elementes, (Kraepelin) wählen, immer würden damit augenblickliche Zustände bezeichnet, die im weiteren Verlauf der Krankheit in einander übergehen könnten. Das fortgesetzte Studium des Gesammtverlaufes der Paranoia könnte möglicherweise zur Aufstellung von Unterformen führen. Die Anschauung von Magnan, die Paranoia verlaufe bei bisher Gesunden und bei Degenerirten ganz verschieden, sei der Nachprüfung werth. Es lasse sich aber so viel schon jetzt sagen, dass die Paranoia bei früher Gesunden sich durchaus nicht immer in ihrem Verlaufe an die 4 typischen Stadien halte, die Magnan ihr vorzeichne und ferner, dass auch bei Degenerirten Fälle von Paranoia mit typischer Systembildung vorkämen. Snell habe schon gezeigt, dass bei der Paranoia ein acuter Beginn vorkommen könne, auch gäbe es acutere Stadien der Krankheit, zuweilen einen Verlauf in Schüben, aber der von Westphal eingeführte Begriff der «acuten Paranoia» mit häufigem Ausgang in Heilung habe sich nicht bewährt. Gebe es eine «acute Paranoia» so müsste man erwarten, dass die ungeheilten Fälle einfach in die chronische Form mit systematisirter Wahnbildung übergingen; dasselbe sei aber bis heute nur behauptet worden, nicht durch überzeugende Krankengeschichten nachgewiesen. Richtiger würde man jene Krankheitsfälle als eine besondere Gruppe «Wahnsinn» beschreiben (Meynert, Kraepelin u. a.). Von der Paranoia unterscheiden sich diese Krankheitsfälle durch die mangelnde Systematisirung der Wahnideen, die engere Verknüpfung derselben mit lebhaften Affecten und durch eine gewisse Benommenheit. Krankheitseinsicht stelle sich ein, sobald die Kranken besser wurden. Trete die häufig vorkommende Heilung nicht ein, so bildeten sich chron. Zustände heraus, die von der Paranoia immer noch deutlich geschieden werden könnten. Scheide man also diese Wahnsinnsfälle als besondere Gruppe aus, so bleibe der Begriff der Paranoia scharf abgegrenzt: eine sich meist langsam entwickelnde, durchaus zu chronischem Verlauf neigende Geistesstörung, deren Hauptmerkmal die auf der Grundlage von Missdeutungen, Sensationen und Hallucinationen eintretende, zur Systematisirung übergehende Wahnbildung sei, bei ungetrübtem Bewusstseinszustande und mangelnder Krankheitseinsicht.

Dr. Tiling:

Die Lehre von der Paranoia umfasse gegenwärtig den wichtigsten und meist bearbeiteten Theil der Psychiatrie; die Literatur über diese Krankheitsform sei sehr gross und eine orientirende kritische Arbeit über dieses Thema wie sie Vortragender gebracht, sei äusserst dankenswerth wenngleich sehr schwierig. Gerade bei dieser Form der Geisteskrankheit vermisse man am meisten fertige abgeschlossene Arbeiten über die normale Psychologie, was ja Vortragender hervorhob, indem er das tiefere Eindringen in das Wesen der Paranoia von erfolgreicher Forschung in der Psycho-Physik abhängig machte. Um nur ein Beispiel anzuführen sei die Frage, ob die entwickelte Paranoia einen gewissen Grad von Schwachsinn zur Voraussetzung haben müsse, streitig und schwierig zu entscheiden. Die gänzliche Kritiklosigkeit den eigenen so absurden Wahnideen gegenüber und die oberflächlichen unlogischen Conclusionen sprächen dafür, anderseits aber zeigen sich Gedächtniss und Ueberlegung auf anderen Gebieten, die den Wahn nicht berühren fast intact, so dass sich die Ansicht vertreten lasse, es liege hier nicht Schwachsinn im engeren Sinne vor. Der Begriff des Schwachsinnes, der Demenz entspräche auf motorischem Gebiete der Parese. Da man aber auch andere motorische Störungen kenne, welche die Function, als Parese, herabsetzen, so müsse man auch das Versagen des logischen Apparates auf etwas Anderes als eine reine Lähmung zurückführen können. Deute man z. B. den systematisirten Wahn als Krampferscheinung oder Incoordination so sei es nach Analogie der motorischen Vorgänge klar, dass der Paranoia ein anderer Vorgang, andere Symptome, vielleicht auch ein anderer anatomischer Process zu Grunde liege als bei einer reinen Demenz.

z. Z. Secretär: Heerwagen.

Vierter Aerztetag
der «Gesellschaft livländischer Aerzte»
in Wenden

vom 14.—16. September 1892.

Programm.

Die Eröffnung des Aerztetages findet statt:

Montag den 14. September 1892.

1 Uhr Nachmittags.

Tagesordnung:

I. Sitzung von 1—3 Uhr.

1. Rechenschaftsbericht des Cassaführers.
2. Festsetzung des Ortes und der Zeit des nächsten Aerztetages, sowie statutenmässige Wahlen laut § 8 der Statuten.
3. Referat über die Wirksamkeit und Bestand der «Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra».
4. Referat des Herrn Dr. J. Müller nebst Correferat des Herrn Dr. A. Katterfeld über die «Hospitalfrage».
5. Vortrag des Herrn Prof. C. Dehio: «Ueber den gegenwärtigen Stand der Cholerafrage».

II. Sitzung von 5—8 Uhr.

1. Besichtigung der Ausstellung chirurgischer und optischer Instrumente, sowie elektrischer und orthopädischer Apparate, exponirt von betr. Fabrikanten.
2. Vorträge und Discussion über folgende angekündigte Themata:

a) «Ueber Hypochondrie» . . . . . . A. Mercklin. (Correferat Ed. Schwarz).
b) «Ueber fortschreitende halbseitige Gesichtsatrophie» . . . . A. Treu. (mit Demonstration).
c) «Ueber traumatische Neurosen» . . . Ed. Schwarz.
d) «Ueber die Ursachen der primären oder essentiellen Anämieen» . . . . . . F. Krüger.
e) «Ueber Rheumatismus» . . . . . . W. Zoege v. Manteuffel.
f) «Ueber die Bradycardie der Reconvalescenten» . . . . C. Dehio. (Correferent P. Hampeln).

Dienstag den 15. September.

Tagesordnung:

III. Sitzung von 9—1 Uhr.

1. Verlesung des Protokolls der Sitzungen des vorigen Tages.
2. Vorträge und Discussion über folgende von den Aerzten angekündigte Themata:

A. a) «Ueber Magenoperationen» . . . . A. Selenkoff.
b) «Die chirurgische Behandlung der Perityphlitis» . . . . A.v.Bergmann.
c) «Ueber die Behandlung perforirender Verletzungen des Abdomens» . . . . W. Zoege v. Manteuffel.
d) «Behandlung von Gangrän verdächtigen Hernien» . . . . E. Kiwull.

10 Minuten Pause.

B. a) «Ueber Sciascopie» . . . . H. Truhart.
b) «Zur Trachomstatistik in Livland» . A. Oehrn. (Correferent H. Truhart).
c) «Ueber das perforirende Geschwür der Nasenscheidewand» . . . . R. Otto.
d) «Ueber Schulz'sche Schwingungen» . B. Körber.

2 Uhr Nachmittags:

Gemeinsamer Ausflug der versammelten Aerzte in die Umgegend der Stadt Wenden.

Mittwoch den 16. September.

Tagesordnung:

IV. Sitzung von 9—12 Uhr.

1. Verlesung des Protokolls der Sitzung des vorigen Tages.
2. Referat der Commission betreffend «die Hebammenfrage».
3. Vorträge und Discussion über folgende von den Aerzten angekündigte Themata:
   a) «Ueber die Behandlung der normalen Geburt». . . . . N. v. Stryck. (Correferenten: L. Kessler und J. Meyer).
   b) «Zur Frage der Ernährung des Säuglings» . . . . F. Krüger.
   c) «Zur Diagnose und Operation der Cervixmyome» . . . . M. Treymann. (Correferent: Fr. Hach).
   d) «Thure Brandt und seine Methode» . J. Meyer.
4. Berathungen über etwa wünschenswerthe Abänderung oder Ergänzung der Statuten (conf. § 23 der Statuten).
5. Verlesung des Protokolls der heutigen Sitzung.

2 Uhr Nachmittags:

Constituirende Generalversammlung der «Pensionscasse für Wittwen und minderjährige Waisen von Aerzten des livländischen Gouvernements».

Schluss.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Die Frage der Choleratherapie ist gegenwärtig eine alle Welt interessirende. Es sind an unsere Wochenschrift Anfragen gerichtet worden, welches die am meisten angewandten Methoden sind und welche Resultate sie haben. Genaue Angaben lassen sich noch nicht machen, da wir noch mitten in der Epidemie sind und die Aerzte, die den Choleraabtheilungen vorstehen wohl kaum im Stande sind, schon jetzt Definitives über einen so complicirten Gegenstand, wie die Wirkung verschiedener Behandlungsmethoden, auszusagen. Es werden ja natürlich die allerverschiedensten Maassnahmen getroffen und da ist es um so schwerer, die Wirkung der einzelnen festzustellen. Ref. muss sich daher darauf beschränken, in allgemeinen Zügen anzugeben, was ungefähr hier am Ort und wohl auch anderwärts mit den Cholerakranken gemacht wird. In sehr ausgedehntem Maase findet das Calomel innerliche Anwendung. Die Art der Verabreichung ist verschieden, doch werden im Allgemeinen grosse Mengen, theils in wenigen grossen, theils in mehreren kleinen aber häufigen (½—1 stündlich) Dosen gereicht, bevorzugt. Als durchschnittliche Gesammtmenge, die im Beginn der Erkrankung gereicht wird, kann man ungefähr 1,0 Gramm bezeichnen. Späterhin werden die verschiedensten Antiseptica innerlich gegeben, alle in möglichst grossen und häufigen Dosen. Am beliebtesten scheinen die Wismuthpräparate (Bismuth. subnitr., Bismuth. salycil.), Salol, Creolin zu sein. Versuche mit Jodoform sind aufgegeben worden, weil scheinbar das Erbrechen gesteigert wird. Ferner werden sehr viel die hypodermatischen Kochsalzinfusionen und die hohen Klystiere mit ½—1% Tanninlösungen, die Cantani in der Mitte der achtziger Jahre so warm empfahl gebraucht. Die Meinungen namentlich über die subcutanen Injectionen sind getheilt; während Einige gute Resultate beobachtet haben, negiren Andere ihren Nutzen. Die Methode ist wohl zu bekannt, als dass sie hier genauer beschrieben zu werden braucht. Dass von Anfang an den Analepticis ein weites Feld eingeräumt ist, ist selbstverständlich. Campher und Moschus subcutan und innerlich, Wein etc. wird viel gebraucht. — Zur Hebung der Blutcirculation und Körpertemperatur sind warme und heisse Bäder, Wärmeflaschen, heisse Compressen, Frottiren der Haut in ausgedehntem Gebrauch. Grosse Senfteige und spirituöse Einreibungen sollen theils ableitend wirken, theils die Muskelkrämpfe beschränken. Zu erwähnen ist, dass Opium nicht sehr viel angewandt wird; Einige wollen beobachtet haben, dass die stopfende Wirkung des Opiums Verschlimmerungen hervorruft, indem die giftigen Toxine, die ja unzweifelhaft die schweren Choleraerscheinungen bewirken, zurückgehalten und in grösseren Mengen resorbirt werden. Die Diät ist natürlich die allerstrengste; im Anfang bekommen die Kranken meist nur Eis zu schlucken oder heissen Thee und Kaffee zum Getränk.

Diese allgemeinen Angaben dürften vorläufig genügen. Wir werden ja noch oft Gelegenheit haben, etwaige neue therapeutische Vorschläge und genauere Resultate der üblichen Behandlungsmethoden zu referiren.

Vermischtes.

— Der Professor der speciellen Pathologie und Therapie an der Universität Dorpat, Dr. H. Unverricht, ist auf seine Bitte verabschiedet worden. Wie wir bereits mitgetheilt haben, siedelt derselbe nach Magdeburg über, wo er die Direction des neuen städtischen Krankenhauses übernimmt. In ihm verliert die Dorpater Universität wiederum eine tüchtige Lehrkraft

— Dr. Mitrofanow, ausserordentlicher Professor der vergleichenden Anatomie, Histologie und Embryologie in Warschau ist als ordentlicher Professor auf dem genannten Lehrstuhl bestätigt worden.

— Der ältere Arzt der 30. Flotteneqnipage und chirurgischer Consultant des Nikolajewschen Marinehospital, Staatsrath Dr. Lippe, ist zum Oberarzt des Wladiwostok'schen Marinehospitals an Stelle des wirkl. Staatsraths Dr. Siebert ernannt worden, welcher zur baltischen Flotte übergeführt ist.

— Verstorben: 1) Am 21. August in Lewaschowo (bei St. Petersburg) das berathende Mitglied des Medicinalraths, Geheimrath Dr. Julius Ucke, nach längerer Krankheit im 71. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war in Livland geboren und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1839—45 studirte und 1845 das Arztexamen bestand, im Jahre 1861 aber die Doctorwürde erhielt. Nach Absolvirung seines Studiums wurde U. Kreisarzt in Peremyschl (Gouv. Kaluga), siedelte aber im Jahre 1852 nach Ssamara über, wo er anfangs als Arzt am Krankenhause des Collegiums der allgemeinen Fürsorge fungirte, dann von 1860—64 den Posten des Accoucheurs an der dortigen Medicinalverwaltung bekleidete und von 1861—81 Medicinalinspector des Ssamaraschen Gouvernements war. Im Jahre 1871 wurde er bereits zum berathenden Mitgliede des Medicinalrathes beim Ministerium des Innern ernannt, siedelte aber erst im Jahre 1881 nach Petersburg über, um sich ganz den Arbeiten des Medicinalraths zu widmen. 2) Am 20. Juli in Taschkent der Oberarzt des Turkestanschen Sappeurbataillons Dr. Nikolai Blagoweschtschenski an der Cholera. 3) Am 4. August im Jelez'schen Landschaftshospital der Student des letzten Cursus der Moskauer Universität Nikolai Kljatschin, welcher vom «Rothen Kreuze» in den Jelezschen Kreis zur Bekämpfung der Typhusepidemie geschickt worden war. Als vor ca. 2 Wochen im Kirchdorf Paljno die Cholera ausbrach, wurde er dorthin abcommandirt, erkrankte aber selbst sehr schwer an dieser Krankheit, welcher er noch am selben Tage erlag. 4) In Kasan der Oberarzt des Lazareths der Kasanschen Pulverfabriken Dr. Mitrofan Stopani im 59. Lebensjahre. 5) In Jalta die Aerztin Marie Mawrina im 38. Lebensjahre an der Lungenschwindsucht. 6) In Wien der emeritirte Professor der Verbandlehre an der dortigen Universität, Dr. Carl v. Cessner, 76 Jahre alt. 7) In Wien am 29. August n. St. der Primararzt und Leiter der medicinischen Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses, Dr. Joseph Standhartner im 73. Lebensjahre. Der Verstorbene war der älteste Primararzt dieses Krankenhauses, an welchem er 49 Jahre hindurch gewirkt und dessen Directionsgeschäfte er häufig stellvertretend geführt hat.

— Aus Anlass des bevorstehenden 25jährigen Professor-Jubiläums des Prof. Dr. Billroth in Wien, ist in Bergen auf der Insel Rügen an dem Hause, in welchem Billroth i. J. 1829 als Sohn eines Predigers geboren ist, eine Gedenktafel angebracht.

— Prof. extraord. Dr. Carl Freiherr von Rokitansky ist zum ordentlichen Professor der Geburtshilfe und Gynaekologie an der Universität in Graz ernannt worden. Dieser Lehrstuhl in Graz wurde mehrere Semester hindurch von dem ausserordentlichen Professor Dr. Ernst Börner provisorisch verstehen.

— Der Ausschuss des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege hat beschlossen, die Würzburger Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege für dieses Jahr ausfallen zu lassen, da in Folge des Auftretens der Cholera in Hamburg und der dadurch bedingten Möglichkeit der Verschleppung der Krankheit nach anderen Theilen Deutschlands es dem grössten Theil der Mitglieder unmöglich gemacht ist, die für den 8. September in Aussicht genommene Versammlung in Würzburg zu besuchen. — Aus demselben Grunde ist, laut officiellen Beschlusses des leitenden Comités, die diesjährige 65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg, welche am 12. September eröffnet werden sollte, wie schon mehrfach in Zeiten von Kriegs- und Seuchengefahr auf das nächste Jahr vertagt worden.

— Die von der St. Petersburger Duma zur Bekämpfung der Cholera angewiesene Summe von 200,000 Rbl. ist bereits verausgabt und war daher das Stadtamt und die städ-

tische Sanitäts-Commission bei der Stadtduma um Bewilligung eines weiteren Credits im Betrage von 100,000 Rbl. eingekommen. In der Sitzung am 25. August hat die Stadtduma diesen Betrag ohne weitere Debatte bewilligt. Für die sofortige Einrichtung einer bakteriologischen Abtheilung bei dem städtischen Laboratorium sind von obiger Summe 6100 Rbl. bestimmt.

— Die St. Petersburger Stadtverwaltung hat auf einer hiesigen Privatwerft 3 Assainirungs-Böte von 12 Faden Länge anfertigen lassen, welche einen hermetisch verschliessbaren Raum zur Aufnahme von Unrath haben. Mit diesen Böten welche an den Flüssen Shdanowka und Smolenka, sowie auf der Wyborger-Seite aufgestellt worden sind, wird der angesammelte Unrath in's Meer hinausgeführt und dort ausgeschüttet werden.

— Der Stadtverordnete E. J. Kedrin hat in der letzten Sitzung unserer Duma den Antrag gestellt, die Familien der Aerzte, Feldscher, Krankenwärterinnen, Desinfectoren und anderer Personen des medicinischen Personals, welche bei Ausübung ihrer Berufe sich mit der Cholera inficiren und an derselben sterben, sicherzustellen. Er proponirt den Wittwen von Aerzten, die ein Opfer ihres Berufes geworden sind, eine Pension von 900 Rbl. und den Kindern derselben bis zum schulpflichtigen Alter 150 Rbl. jährlich auszusetzen und später sie auf Kosten der Stadt zu erziehen. Die Pensionen für die Familien des übrigen medicinischen Personal soll die Duma bestimmen. Der Kedrin'sche Antrag wurde dem Stadtamt zur Prüfung übergeben.

— Die Sserdobsk'sche Kreislandschaft hat, wie Dr. Nedswezki der Redaction des «Wratsch» enttheilt, das Leben ihres ganzen ständigen medicinischen Personals für die Zeit der Cholera entsprechend den Gagen versichert, und zwar: 5 Aerzte mit je 10,000 Rbl., eine Aerztin mit 4,000 Rbl., 1 Feldscher mit 3500 Rbl., 19 Feldscher und Feldscherinnen mit je 3000 Rbl. und eine Hebamme mit 1500 Rbl.. Die Landschaft hat für die versicherte, 113,000 Rbl. betragende Gesammtsumme etwas über 3400 Rbl. an Prämie jährlich zu zahlen.

— Den Aerzten und dem übrigen Sanitätspersonal, welches sich behufs Bekämpfung der Cholera in die von der Seuche heimgesuchten Gegenden oder deren Nachbarschaft begiebt, wird eine Ermässigung des Fahrpreises auf allen Eisenbahnlinien des Reiches gewährt.

— Mittelst Allerhöchsten Befehls im Militärressort vom 8. und 10. August c. ist die Verpflichtung der in der Reserve stehenden Militärs, zu mehrwöchentlichen Dienstübungen zu erscheinen, nun auch den direct zur Reserve auf Grund des Wehrpflichtgesetzes zugezählten Aerzten auferlegt worden, und zwar dürfen sie während der 18 Jahre, welche sie in der Reserve stehen, nur 2 Mal und jedes Mal für die Zeit von nicht mehr als 6 Wochen, falls eine Choleraepidemie die Verstärkung des militär-ärztlichen Personals und der Civil-Medicinalinstitutionen erheischt, einberufen werden. Von der Verpflichtung, sich zur Einberufung im Falle einer Choleraepidemie zu stellen, sind befreit: alle etatmässigen Aerzte an Krons-, Communal- und Landschaftskrankenhäusern, an Armenhäusern und Erziehungsinstituten, Medicinalinspectoren, Kreis-, Stadt- und etatmässige Landärzte, Psychiater, Aerzte bei Mineralquellen, etatmässige Eisenbahnärzte. Den während der Choleraepidemie einzuberufenden Aerzten und Feldschern bleiben ihre Stellen im Staatsdienst erhalten und sie gehen auch der mit ihren Aemtern verbundenen Gage nicht verlustig. Ein Tagesbefehl des Kriegsministers vom 10. August schreibt den Kreis-Militärchefs vor, sofort nach dem Empfang der Listen und Verzeichnisse an die Einberufung der Aerzte und Feldscher zu gehen und die Einberufenen ohne Aufenthalt an die Orte ihrer Bestimmung zu befördern. Nach dem Wehrpflichtgesetz müssen dem Einberufenen 2 Tage zum Ordnen seiner häuslichen Angelegenheiten und 3 Tage behufs Equipirung und Ausrüstung gegeben werden. Ein grosser Theil der der Einberufung unterliegenden Aerzte hat sich bereits gestellt und ist in den Dienst auf 6 Wochen getreten.

— Von 8 Aerzten des Mirgorod'schen Kreises (Gouv. Poltawa) ist den Ssaratow'schen Landschaftsärzten eine schriftliche Kundgebung zugegangen, in welcher den letzteren die volle Sympathie der Collegen ausgedrückt und ihre Handlungsweise bei dem Incident mit dem Landschaftspräsidenten Kropotow als mit der ärztlichen und menschlichen Würde vereinbar bedingungslos gut geheissen wird.

— In diesen Tagen begiebt sich eine neue Gruppe von Studirenden der letzten Curse der militär-medicinischen Akademie in's Gouvernement Tobolsk, um den dort anlangenden Uebersiedlern ärztliche Hülfe zu leisten. Von den Studirenden welche im Mai-Monat dorthin abkommandirt wurden, ist gegenwärtig nur noch einer nachgeblieben; die anderen sind entweder selbst am Typhus erkrankt oder in die von der Cholera heimgesuchten Gegenden abgeschickt worden.

— Die Choleraepidemie in Hamburg, welche mit grosser Heftigkeit auftrat, weist in den letzten Tagen bereits eine Abnahme der Erkrankungen auf. Die Gesammtzahl der bis zum 31. August gemeldeten Erkrankungen und Todesfälle betrug dort 2969, resp. 1148. Die ersten Erkrankungen an der Cholera in Hamburg lassen sich bis zum 16. August verfolgen. Wie Prof. Rob. Koch und Dr. Raths im Auftrage des deutschen Reichsgesundheitsamtes fast mit Sicherheit festgestellt haben, ist die Seuche höchst wahrscheinlich durch Auswanderer aus Russland verschleppt worden, und zwar in der Weise, dass aus der für diese Auswanderer erbauten Baracke die Schmutzwässer, sowie die sämmtlichen Fäcalien der Auswanderer undesinficirt in den Elbarm gelangten, in dessen Nähe die Wasserleitung der Stadt Hamburg sich befindet. Von Hamburg verschleppt, ist die Cholera bei zugereisten Personen in Berlin, Leipzig, Halle, Darmstadt vorgekommen, doch ist sie in diesen Städten auf diese vereinzelten Fälle beschränkt geblieben. Neuerdings werden auch aus England und Kopenhagen Fälle von Cholera asiatica gemeldet. In Paris ist in letzter Zeit wieder eine Zunahme der Erkrankungen und Todesfälle constatirt. Die Choleraepidemie in Russland weist in letzter Zeit eine weitere Ausbreitung nach Süden, Westen und Norden auf. So ist die Cholera jetzt in den Gouvernements Tschernigow und Cherson, in der Stadt Kertsch und neuerdings auch im Gouvernement Wologda und in Kiew aufgetreten. Die meisten Opfer fordert die Seuche von den bereits früher ergriffenen Gouvernements noch im Ssaratowschen (am 23. Aug. 747 Erkrankungen, 397 Todesfälle in 24 Stunden, Stawropol'schen (655 resp. 252), Woronesh'schen (464, resp. 252), Orenburg'schen 355, resp. 212), Tambow'schen, Kasan'schen und einigen anderen. In St. Petersburg übersteigt die Zahl der täglichen Erkrankungen an der Cholera noch immer 100. Nach den officiellen Bülletins beträgt die Gesammtzahl der Erkrankten bis zum 26. August Mittags 2672, die der Genesenen 1240 und der Verstorbenen 786.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 23. August d. J. 5779 (92 mehr als in der Vorwoche), darunter 259 Typhus — (3 mehr), 558 Syphilis (wie in der Vorwoche), 19 Scharlach — (1 weniger), 6 Diphtherie — (4 weniger), 17 Masern — (2 mehr), 4 Pocken — (2 mehr) und 673 Cholerakranke (225 mehr als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Von dem St. Petersburger Gouvernements-Landschaftsamte werden für die Leitung der fliegenden Sanitätsabtheilungen, welche in die finischen Gemeindebezirke des Gouvernements abcommandirt werden, Aerzte und Medicinstudirende gesucht, welche der finnischen Sprache mächtig sind.

2) Es werden ferner zur zeitweiligen Hilfeleistung während der Choleraepidemie gesucht: a) Von dem Stadtamt in Tscheljabinsk — 5 Aerzte (Gehalt 200 Rbl. monatl.) und 10 Feldscher (Geh. 50 Rbl.) b) Von der Sanitätscommission in Jurjewez (Gouv. Kostroma) — ein Arzt zur Leitung der Cholerabaracke von 30 Betten (Gehalt 200 Rbl. monatlich).

3) Im Kreise Belebei (Gouv. Ufa) ist eine Landschafts-Arztstelle erledigt. Gehalt 1200 Rbl. jährlich. — Die Meldung geschieht unter Beifügung der Documente bei der «Белебеевская Земская Управа».

Die Herrn Collegen, welche am 4. Livländischen Aerztetage in Wenden theilzunehmen beabsichtigen, ersuche ich, sich behufs Regelung der Wohnungsfrage baldmöglichst bei mir anmelden zu wollen.

(111) 3—2 **Dr V. Gähtgens.**

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau **A. M. Wiander,** В. О. 7 л. д. 6, кв. 6.
Marie Mohl, В. О. 1 л. д. 44, кв. 3.
M. Winkler, Моховая ул. д. 29, кв 5, bei Frau Ewald.
А. А. Щукина, Поварской пер., д. 17, кв. 6.
Вѣра Андрѣевна Скорлягина, Невск. пр. 98, кв. 18.
Melanie Tromberg, Вас. Остр., 4 лин., № 19, кв. 6.
Frau **Hasenfuss,** Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER **Neue Folge IX. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

№ 36 St. Petersburg, 5. (17.) September **1892**

An die Herren Aerzte Livlands.

Im Hinweis auf das im Auftrage des III. Livländischen Aerztetages meinerseits (Dec. 1891) erlassene Circulair, ersuche ich diejenigen Herren Collegen, welche noch im Rückstande sind, mir den fälligen Verschlag pro Sem. I. 1892 betreffend die Zahl der wegen Syphilis behandelten Kranken baldmöglichst zusenden zu wollen.

Dr. H. Truhart — Fellin.

Lösungen von Nitroglycerin und Ammoniak als Stimulantien der Blutcirculation bei Cholerakranken.

Von

Dr. med. J. J. Trussewitsch.

Nachdem ich im Jahre 1885 eine Bemerkung über den möglichen Erfolg der Behandlung einiger Perioden der Cholera mit subcutanen Einspritzungen von Ammoniaklösung veröffentlicht hatte [1]), schlug ich zu Beginn der gegenwärtigen Epidemie zweien Petersburger Hospitälern vor, diese Lösung als symptomatisches Mittel zu versuchen, ebenso wie eine einprocentige spirituöse Lösung von Nitroglycerin, von der ein bis zwei Tropfen auf die Zunge zu träufeln sind; beide Mittel sind jedoch in verschiedenen Perioden der Krankheit anzuwenden. Ich bin jetzt nicht im Stande persönlich mich mit ähnlichen Beobachtungen zu beschäftigen und schlage daher den Hospitalärzten vor, die folgenden Hinweise in Bezug auf die Verordnung beider Mittel bei Cholerakranken zu berücksichtigen, wenn aus irgend welchen Gründen andre, mehr causal wirkende, Mittel nicht angewandt werden. Im Hinblick auf die leider zu seltene Anwendung beider Mittel, besonders in Russland, glaube ich, dass es nicht unnütz sein wird, sie in Erinnerung zu bringen.

Die Hauptindication zu ihrer Verordnung muss der Zustand der Gefässe sein. Wenn der palpirende Finger die Wand der Art. radialis, trotz Pulsschwäche, nicht collabirt findet, und noch mehr, wenn die Contouren des Gefässes deutlich zu fühlen sind oder gar die Gefässwand hart und etwas gespannt ist, so kann man Nitroglycerin verordnen. Auf die Möglichkeit eines solchen Zustandes der Gefässwand weisen die Beobachtungen eines solchen Kenners vasomotorischer Veränderungen wie Marey hin, welcher in seiner bekannten Arbeit [2]) die Pulscurve eines Cholerakranken im algiden Stadium unter denjenigen Sphygmogrammen unterbringt, die die Zeichen einer erhöhten Gefässcontraction bei gleichzeitiger Blässe und Kälte der äusseren Haut aufweisen. Die oben angegebenen Dosen des Nitroglycerin rufen in letzterer Röthe, Wärmegefühl und etwas erleichternden Schweiss hervor. Wie seinerzeit von mir nachgewiesen worden ist [3]) kann die durch das Nitroglycerin bewirkte Erweiterung der Hautgefässe, und zwar sowohl der Arteriolae als auch der grösseren Arterien, in gewissen Fällen zweierlei Folgen haben: 1) Ableitung des überschüssigen Bluts aus Gebieten, die mit ihm überfüllt sind in Gebiete, aus denen das Blut durch Verengerung des Strombettes verdrängt war; es erfolgt also sozusagen eine Transfusion von Blut aus einem Gebiet in das andere, aber innerhalb der Grenzen desselben Systems und ohne jeden Blutverlust für den Kranken; 2) Die Strombetterweiterung der peripheren Blutcirculation bewirkt eine Entlastung des Herzens: es beginnt stärker zu schlagen und erzeugt einen reichlicheren und schnelleren Strom, was leicht durch die entsprechende Veränderung des Sphygmogramms zu erweisen ist: man erhält also eine verstärkte Herzthätigkeit bei minimalem Kraftverbrauch von Seiten der Nervencentren, die besonders bei der Cholera aufs Aeusserste zu schonen sind. In beiden Fällen kann der Organismus nur gewinnen.

Die Resultate ähnlicher Veränderungen habe ich häufig

[1]) Русская Медицина 1885 Nr. 8.

[2]) Marey La circulation du sang à l'état physiologique et dans les maladies. Paris 1881, § 409.

[3]) Trussewitsch. Gebiet der Anwendung und Regeln der Dosirung des Nitroglycerins (Aneurosin's). St. Petersburger medicinische Wochenschrift, 1887 Nr. 1 und Медицинское Обозрѣніе 1887.

bei der Nitroglycerinbehandlung von Seekrankheit, Migräne, Asthma und Angina pectoris von angiospastischem Typus sehen können, ebenso in Fällen von acuter Congestion der Lungen und andrer Organe [4]). Ich muss noch hinzufügen, dass man das Nitroglycerin in Folge seiner Einwirkung auf die Gefässnerven als sehr gutes excitirendes und roborirendes Mittel bezeichnen muss; diese Eigenschaften sind von vielen Autoren bei der Verordnung bei Ohnmachten und anderen Zuständen von Prostration constatirt worden. Ich weise auf die Beobachtungen von Green [5]) (Behandlung der Herzschwäche), Weil [6]) (Frostperiode der Febris intermittens), Burroughs [7]) (Collaps) und auf den Autor eines Aufsatzes [8]), der energisch das Nitroglycerin als Excitans empfiehlt, hin. Einige meiner Patienten, welche das Mittel während irgend einer allgemeinen Erschöpfung nahmen, z. B. nach übermässigen geistigen Anstrengungen oder nach schlaflosen Nächten, stellten die Wirkung eines Tropfens der 1 pCt. Nitroglycerinlösung derjenigen eines Glases guten Weins gleich. Schliesslich erwähne ich die harntreibende Wirkung des Mittels (bei gestörter Nierenfunction) und den Umstand, dass Uebelkeit und Erbrechen in vielen Fällen von ihm günstig beeinflusst werden, was Prof. Talma [9]) bei verschiedenen krankhaften Zuständen und ich bei der Behandlung der Seekrankheit bestätigen konnten. Ich warne nur vor der Verordnung des Nitroglycerins in grösseren Einzeldosen als den angegebenen, obgleich man sie 3—4 Mal täglich geben kann, und vor der Verdünnung desselben mit Wasser und Aufnahme in den Magen da man im ersten Fall eine unerwünschte, im zweiten Fall garkeine Wirkung erhalten kann.

Ein anderes Ding ist es, wenn die Palpation der Radialarterie solche Veränderungen anzeigt, dass die Pulsschwäche mit Erschlaffung der Gefässwand, Weichheit oder vollständigem Schwinden der Contouren des Gefässes verbunden ist. Hier hat die Therapie die Aufgabe, die Contractilität des Gefässes zu verstärken, das periphere Strombett nach Möglichkeit zu verengern, wenn die Structur der Gefässwand das noch zulässt, und damit dem Herzen befriedigendere Thätigkeit zu ermöglichen. Viele Beispiele weisen darauf hin, dass im Lauf einer und derselben Krankheit ganz verschiedene Zustände des Blutgefässsystems vorkommen können, und in diesem, so zu sagen, Reactions- und Erschlaffungsstadium, gewöhnlich in den späteren Perioden der Krankheit, muss die Einführung von gefässverengernden Mitteln von Nutzen sein; unter diesen halte ich für das beste eine Lösung von Ammoniak. Meine [10]) und vieler Autoren Beobachtungen bestätigen vollkommen die ungewöhnlich excitirende Wirkung subcutaner und intravenöser Injectionen dieses Mittels in einer ganzen Anzahl von Fällen.

Es ist schon von mir beschrieben worden, dass die subcutane Einverleibung von 3—8 Tropfen Salmiakgeist auf eine Pravaz'sche Spritze destillirten Wassers in der grössten Mehrzahl der Fälle nicht nur unschädlich ist, sondern eine ungewöhnlich schnelle und dauernde Erhöhung der Herzthätigkeit und eine Verbesserung des Allgemeinbefindens zur Folge hat. Der kleine Schorf, der sich in einem (dem ersten) Fall an der Einstichstelle bildete, konnte in den übrigen durch leichtes Streichen der Haut vermieden werden; dafür waren die Resultate dieser Behandlung im höchsten Grade befriedigend selbst in Fällen hoffnungslosen Kräfteverfalls, z. B. nach Vergiftungsversuchen, besonders mit Opium (Macewen [11]), Carbolsäure (Davidson [12]) Salzsäure (mein Fall), ebenso bei völliger Prostration nach Schlangenbiss (Ssokolowski [13]), Comminutivfractur (Cotton [14]), Amputation (Tibbis [15]), Bruststich (Flint [16]) und bei mehr chronisch entwickeltem Kräfteverfall (z. B. in meinem Fall von Lungenschwindsucht, l. c. [1]). Selbst in der Agonie ist es mir mehr als einmal gelungen, eine wenn auch kurzdauernde Wiederkehr des Bewusstseins zu erzielen.

Dieses Mittel gab oft einen augenscheinlichen Effect und wandte den scheinbar sicher zu erwartenden letalen Ausgang auch in solchen Fällen ab, in denen alle übrigen sogenannten excitirenden und belebenden Mittel vergeblich angewandt waren; soviel ich bemerken konnte, erhöhte die Beimengung von Aether, Kampher oder Moschus zum Ammoniak den Effect des letzteren garnicht.

Der Salmiakgeist ist auch als symptomatisches Mittel innerlich mit Wasser zu gebrauchen und mir ist es bekannt, dass seine Lösung zusammen mit Kochsalz und Rhabarber während einer der früheren Choleraepidemien (im Tschernigowschen Gouvernement) unzweifelhaften Nutzen gebracht hat. Uebrigens erinnere ich hier an grosse Gaben heissen Kaffees: ich selbst habe Gelegenheit gehabt, ihn bei Cholerine und Dysenterie anzuwenden; er wirkt nicht nur als Excitans und Tonicum (gefässverengend), sondern wahrscheinlich auch als Antisepticum.

Zur Ergänzung des Obengesagten kann man als Desinficiens für den Darminhalt die innerliche Anwendung der zwei- bis dreifach mit Wasser verdünnten schwedischen Flüssigkeit «Atukos» vorschlagen, die unter Anderem Thymol und Borax enthält; ihre antibakteriellen Eigenschaften sind leider nicht geprüft, aber Lister, Mosetig u. A. haben sich für ihre antiseptischen Eigenschaften ausgesprochen.

Endlich scheinen mir die ersten Massnahmen der Mitchell'schen Behandlungsmethode der Neurasthenie und Anämie, nämlich absolute Ruhe und allgemeine methodische Massage, bei Cholerakranken angewandt, zur Erhöhung der Hauttemperatur, der Circulation und Innervation beitragen zu können.

Mit obigen Bemerkungen möchte ich die Aufmerksamkeit der Aerzte, die ein hinreichendes Material an Cholerakranken zu ihrer Verfügung haben, auf zwei Mittel richten, die freilich nur symptomatische Bedeutung haben, deren Anwendung aber bei deutlicher Indication von Seiten des Pulses wohl wünschenswerth und gerechtfertigt ist, besonders in den Fällen, in denen schon geraume Zeit verstrichen ist, oder die mit Enteroklyse, Hypodermoklyse und andern, der Indicatio morbi genügenden Methoden, nicht behandelt werden können.

Ein Vorschlag
zur Behandlung der Cholera asiatica.

Von

Dr. Andreesen.

Da ich selbst zur Zeit keine Gelegenheit habe Cholera asiatica zu behandeln, so erlaube ich mir aus rein theoretischen Gründen bei Cholera asiatica Magenspülungen

---

4) Трусевичъ. Нитроглицеринъ (Аневрозинъ) въ медицинѣ. 2 изд. стр. 105, 126, 134, 139. — Его-же монографія: Морская болѣзнь.

5) Green. Practitioner 1882 p. 103. Brit. medic. Journ. 1882 p. 573.

6) Weil. The therapeut. gaz. 1885, I, p. 225.

7) Burroughs. Practitioner 1885. p. 298.

8) Allgem. med. Centralzeitung 1887.

9) Talma (Utrecht). Zeitschrift für klinische Medicin. 1884. Bd. VIII, p. 333.

10) Медицинское Обозрѣніе 1884 № 24.

11) Macewen Glasgow med. Journ. 1872 p. 497.

12) Davidson Med. Times and Gazette 1875, II, p. 597.

13) Соколовскій Руководство частной фармакологіи 1875, стр. 129.

14) Cotton Edinb. med. Journ. 1875, p. 771.

15) Tibbis Med. Times and Gaz. 1872, II, p. 486.

16) Flint Boston med. and surg. Journ. 1879, CI, 2.

mit Tanninlösung zu empfehlen, um so zu versuchen eine der wichtigsten Indicationen bei der Choleratherapie zu erfüllen — Neutralisirung und schnelle Abscheidung des Choleragiftes. Es erscheint mir wahrscheinlich, dass das Choleragift bei der während der Cholera im Magendarmcanal meist herrschenden Hypersecretion durch den Magen ausgeschieden wird, während die Function der Haut und Nieren stocken. Etwas Analoges wird bei Morphiumvergiftungen auch nach subcutaner Application beobachtet. Morphium ist nach subcutaner Injection im Magen nachgewiesen worden. Magenspülungen daher bei Vergiftungserscheinungen indicirt, um zu vermeiden dass die durch den Magen ausgeschiedenen Morphiummengen wieder in den Kreislauf gelangen. Die Spülung des Magens mit Tanninlösung bei Cholera dürfte das Choleragift fällen, ebenso wie das beim Darm angenommen wird, und mechanisch entfernen. Da Belladonnapräparate einen hemmenden Einfluss auf die Absonderung der Verdauungssecrete ausüben, so scheint mir deren interne Anwendung besonders bei der Choleradiarrhoe, wo der Magen noch resorbirt ebenso rationell, wie beim chronischen Magensaftfluss. Bei Cholera in späteren Stadien würde ich Atropininjectionen versuchen. Zu gleicher Zeit würde ich Tanninklystiere anwenden und mit allen Mitteln die Thätigkeit der Haut und Nieren zu erzwingen suchen, besonders mit hydrotherapeutischen Proceduren wie sie Winternitz angiebt.

Jalta, August 1892.

Referate.

C. A. Ewald: Zur Diagnose und Therapie der Krankheiten des Verdauungstractus. (Berliner klin. Wochschr. Nr.Nr. 26 27. 1892).

Bis vor relativ kurzer Zeit war man der Meinung, dass das Fehlen der Salzsäurereaction die Annahme eines bösartigen Magenleidens sehr wahrscheinlich mache. Die Irrigkeit dieser Hypothese hat sich erst im Laufe der letzten Jahre durch einwandsfreie Beobachtungen herausgestellt. Bekanntlich dient die Salzsäure zunächst dazu, um die vorhandenen organischen und anorganischen Basen sowie die Eiweisskörper zu binden. Gewöhnlich ist die HCl des Magens hierfür mehr als ausreichend, so dass bald nach der Einbringung von Nahrungsmitteln bis zu ihrem Austritt aus dem Magen freie Salzsäure im Mageninhalt nachweisbar ist. Zuweilen aber reicht die HCl nicht aus, selbst wenn sie mehr oder weniger reichlich secernirt wird, den Mageninhalt zu sättigen. Um das Verhalten der HCl-production genau zu beurtheilen, muss man daher auch nachweisen, wie viel locker gebundene HCl im Mageninhalt sich befindet. Hat man nun das Verhalten der HCl im Magen genau eruirt, so wird man es zu diagnostischen Zwecken nur mit der grössten Vorsicht verwenden können, da ein und dasselbe Verhalten der HCl verschiedenen pathologischen Zuständen des Magens gemeinsam sein kann. Ganz besondere Schwierigkeiten bereitet häufig die differentielle Diagnose zwischen Magencarcinom und der sog. Atrophie resp. Anadenie der Magenschleimhaut. Zur Bestätigung dieses führt Verf. einen Fall vor, wo weder HCl noch Pepsin, noch Pepton im Mageninhalt vorgefunden wurde. Es wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Anadenie gestellt, und durch geeignete Diät und Medication konnte der Zustand des Patienten gebessert werden. In diesen Fällen kommt es namentlich darauf an, die Gährungen im Magen nach Möglichkeit zu beschränken und die Musculatur des Magens zu kräftigen, damit die Speisen möglichst bald in den gut functionirenden Darm übertreten. Was die Kräftigung der Magenbewegungen anlangt, so versagen hier die üblichen Medicamente (Strychnin, Physostigmin, Belladonna etc.). Zweckmässiger ist schon die systematisch geübte körperliche Bewegung (Schwimmen, Turnen, Reiten etc.) und die Massage. Am wirksamsten aber hat sich dem Verf. die von ihm modificirte Einhorn'sche Faradisation des Magens erwiesen: eine an einem mässig elastischen biegsamen Stiele befestigte mandelförmige Elektrode wird in den mit Wasser gefüllten Magen geschoben, die andere Elektrode auf das Sternum gesetzt und der Strom geschlossen. Die Erfolge sollen nach Verf. recht zufriedenstellend sein. Bezüglich der Magendesinfection ist hervorzuheben, dass sich 3 Präparate als besonders zweckmässig erwiesen haben: Resorcin, Bismuthum salicylicum und Benzonaphtol. Besonders das letztere wird vom Verf. empfohlen. Es ist ein weisses, geruchloses Pulver, von sehr geringer Toxicität, so dass es bis zu 5 Grm. pro die verordnet werden kann. Seine gährungswidrigen Eigenschaften machen sich namentlich im oberen Theile des Darms geltend; hier spaltet sich das Benzonaphtol in Betanaphtol und Benzoesäure.

Handelt es sich um Desinfection des unterhalb der Bauhin'schen Klappe gelegenen Darmabschnittes, so wendet man nach Verf. mit Vortheil Klysmen an, und zwar aus Chloral und Kalkwasser (0,5 Chloral in 250 Ccm. Aq. Calcis) eventuell mit Zusatz einer 2 pCt. Lösung von Acidum tannicum.

Abelmann.

Germain Sée (Paris): Ueber neue Calciumsalze in der Therapie. (Deutche medic. Wochenschrift Nr. 22. 1892).

Verf. gelangt auf Grund seiner zahlreichen Versuche und Beobachtungen zu der Ueberzeugung, dass die Calciumsalze resp. die Brom-, Chlor- und Jodsalze eine überaus wichtige Rolle in der Therapie verschiedener Krankheiten zu spielen verdienen. Um den Kalk sicher in den Organismus einzuführen, muss man die Calciumsalze verordnen, das Brom- und vornehmlich das Chlorsalz, das mehr als ein Drittel Calcium enthält. Die gebräuchlichen Kalkpräparate sind unsicher, weil sie nur in ganz kleinen Mengen absorbirbar sind; sie gehen vielmehr fast vollständig durch den Darm fort. Bei einer grossen Reihe von Dyspepsieen und Magenleiden wirken die Brom- und Chlorverbindungen des Calciums sehr günstig ein. Das Chlorcalcium fällt die organischen Säuren und gestattet die Bildung von Salzsäure. Fettsäuren werden in Gestalt von Kalkseifen gefällt, dadurch werden die Magengährungen eingeschränkt; die Milchcoagulation im Magen wird durch Calciumsalze beschleunigt. Das Jod und das Bromcalcium sind ganz besonders geeignet die Wirkung des Jods und des Broms auf den Organismus herbeizuführen, denn der Procentsatz des Jods und des Broms ist hier ein weit höherer, als bei jedem anderen Salze. Andererseits hat das zur Neutralisation des Broms und Jods verwandte Calcium weder die oft unerwünschten activen Eigenschaften des Kaliums, noch die Wirkungslosigkeit des Natriums. Das Jodcalcium wirkt auf die specifischen Krankheiten sehr gut, wird dabei von den Verdauungsorganen vertragen, während die Kaliumverbindungen ihnen geradezu schädlich sind.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Gustav Naumann: Ueber den Kropf und dessen Behandlung. Aus dem Schwedischen übersetzt von O. Reyher. Lund, Möller's Univ.-Buchhandlung 1892. 191 Seiten.

Das vorliegende Buch ist Jedem zu empfehlen, der sich kurz über den gegenwärtigen Stand der Chirurgie des Kropfes instruiren will. Die Darstellung des interessanten Gegenstandes ist sehr klar, kurz, dabei aber doch so vollständig, dass sie dem Chirurgen, der allerdings, wenn er mit Erfolg Kröpfe behandeln will, die grundlegenden Arbeiten von Kocher, Billroth, Wölfler u. A. studirt haben muss, in ausreichender und zusammenfassender Weise alles Wesentliche über jeden ihn interessirenden Punkt bietet. Ueber eigene neue Erfahrungen verfügt der Verf. scheinbar nicht. Anatomie, Entwickelung, Physiologie der Schilddrüse, Geschichte, Verbreitung, Aetiologie, pathologische Anatomie, Wachsthumverhältnisse, Symptome, Verlauf, Diagnose und Prognose des Kropfs werden im ersten Theil des Buches besprochen. Der zweite, grössere Theil behandelt die Therapie, wobei alle neuen wichtigen Arbeiten hinreichend berücksichtigt sind. Ein ausführliches Literaturverzeichniss bildet den Schluss des Buchs. — Störend bei der Lectüre sind die vielen Druckfehler, die bei einer etwa erforderlichen zweiten Auflage beseitigt werden müssten.

Wanach.

Prof. Nil Filatow: Semiotik und Diagnostik der Kinderkrankheiten. Nach der 2. russischen Auflage übersetzt von A. Hippius. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. 1892.

Wir begrüssen mit Freuden das Erscheinen einer deutschen Uebersetzung des Filatow'schen Werkes, das in Russland im Laufe eines Jahres 2 Auflagen erlebt hat. Obgleich es in der deutschen Literatur gewiss nicht an ausgezeichneten Werken über Kinderheilkunde mangelt, so wird doch nach unserer Ueberzeugung, das vorliegende Lehrbuch einen grossen Leserkreis finden; es hält nämlich eine glückliche Mitte zwischen den kurzen, neuerdings wieder mehr und mehr aufkommenden Compendien, die einem Anfänger wegen ihrer Kürze nicht viel nützen können, und den grossen vielbändigen Handbüchern, die nur derjenige mit Erfolg studiren kann, der die hauptsächlichsten Erscheinungsformen der geschilderten Krank-

heiten aus eigener Erfahrung in der Klinik kennen gelernt hat. Verf. bezeichnet es als Tendenz seines Werkes dem Anfänger einen Leitfaden in die Hand zu geben, der ihm die Erkennung der Cardinalsymptome der gewöhnlichsten Kinderkrankheiten erleichtern und ihn vor der Gefahr schützen soll sich in Details zu verlieren. Dieses Ziel sucht er in der Weise zu erreichen, dass er die Krankheitsbilder der verschiedenen Affectionen nur in den wichtigsten Symptomen anführt, letztere selbst aber in ihrer klinischen Bedeutung sorgfältig erläutert; auf die für differentielle Diagnose wichtigen Punkte wird namentlich aufmerksam gemacht. Die Aetiologie und Therapie der Krankheiten sind entsprechend der Tendenz des Buches consequent ausgeschlossen. Verf. hat sein Programm meisterhaft durchgeführt. Die Uebersetzung ist correct, die Ausstattung eine sehr saubere.

Abelmann.

Prof. Aug. Gärtner: Leitfaden der Hygiene. Berlin 1892. Verlag von S. Karger.

Immer mehr macht sich die hervorragende Bedeutung der Gesundheitslehre — als eine der wichtigsten medicinischen Hülfswissenschaften geltend; haben doch die jetzt so oft segensvoll wirkenden prophylaktischen Maassnahmen nur dank den mit Riesenschritten vorwärts strebenden Lehren der Hygiene sich aufbauen lassen. In dem vorliegenden Buche Prof. Gärtner's finden wir alles Wissenswerthe auf dem Gebiete der Gesundheitspflege in übersichtlicher Weise zusammengefasst, Mit grosser Geschicklichkeit hat Verf. in knappen Strichen, ohne dabei der Vollständigkeit Abbruch zu thun, alle Hauptpunkte des hygienischen Bereiches geschildert. Eine treffliche eingehende Bearbeitung hat das den Praktiker hauptsächlich interessirende Capitel der Infectionskrankheiten gefunden; aber auch die Bearbeitung der anderen Capitel über Wohnungshygiene, Klima, Nahrungsmittel etc. lässt nichts zu wünschen übrig. Durch kurze Erläuterungen der physikalisch-chemischen Untersuchungsmethoden, sowie durch gelungene Illustrationen ist für die leichte Verständlichkeit und Uebersichtlichkeit gesorgt worden. Das Buch entspricht vollkommen seinem vom Verf. ausgesprochenen Zwecke, als Einführung in die Hygiene zu dienen und kann auf das Wärmste empfohlen werden.

Abelmann.

H. Cohn: Lehrbuch der Hygiene des Auges. Zweite Hälfte. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg. 1892. Mit zahlreichen Holzschnitten und einer Tafel in Farbendruck.

Nachträglich, als die erste Hälfte des Buches von uns in Nr. 14 bereits besprochen war, ging uns die zweite, übrigens weit grössere Hälfte desselben zu, welcher auch das bis dahin vermisste Vorwort angeschlossen ist. Wir sehen uns daher veranlasst, unserer damaligen Besprechung einige Worte hinzuzufügen. Der grosse Umfang des in geschickter und übersichtlicher Anordnung gebotenen Stoffes verbietet ein genaues Referat. Wir beschränken uns deshalb auf eine kurze Inhaltsangabe. Die vorliegende zweite Hälfte umfasst die Capitel: Kurzsichtigkeit, Augenleiden bei Onanisten, syphilitische Augenkrankheiten, Sehschwäche bei Rauchern und Trinkern, Augenleiden in Folge von Blendung, Berufs-Augenkrankheiten, Verletzungen des Auges, Netzhautleiden bei Kindern blutsverwandter Eltern, Farbenblindheit. Enthält ein jedes dieser Capitel des Interessanten genug, so ist doch dasjenige über die Kurzsichtigkeit das werthvollste; es kann als eine Monographie über die Entstehung und Verhütung der Myopie und über die Schulhygiene des Auges gelten und ist vom geschätzten Verfasser, der ja als ein Vorkämpfer auf diesem wichtigen Gebiete der Augenhygiene bekannt ist, offenbar mit besonderer Sorgfalt behandelt worden; an Umfang nimmt es fast ein Drittel des ganzen Werkes ein. Indem wir das ganze ebenso musterhaft ausgestattete wie inhaltlich reiche Buch hier nochmals empfehlen, möchten wir im Hinblick auf eine spätere Auflage wiederum den Wunsch äussern, dass Alles, was nicht eigentlich zur Hygiene und Prophylaxe gehört, insbesondere die Symptomatologie und Therapie der einzelnen Augenkrankheiten, künftig fortgelassen werden möchte, damit das Werk vollständig dem Titel entspräche und auch dem gebildeten Laien ganz verständlich würde, was es in der gegenwärtigen Form trotz consequenter Verdeutschung der Fremdwörter doch nicht sein kann. Auch könnten die Grenzen der Augenhygiene als solcher vielleicht enger gezogen werden; uns scheinen dieselben zu weit gesteckt, wenn z. B. bei den syphilitischen Augenkrankheiten die Prophylaxe der venerischen Krankheiten überhaupt, die Fragen der Prostitution, des Ammenwesens etc. erörtert werden. Von grossem Werthe ist das dem Werke beigegebene sehr umfangreiche, nach Capiteln geordnete Literaturverzeichniss. Blessig.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Prof. Gérard macht darauf aufmerksam, dass das Eiweiss im Harn bei Morbus Brightii unter dem Einfluss einer Milchkur in Propepton oder Albumose sich verwandelt und beim Erhitzen nicht mehr gerinnt. Es genügt daher in solchen Fällen die Kochprobe zur Untersuchung des Harnes nicht, sondern es müssten auch andere Untersuchungsmethoden in Anwendung gezogen werden.

(Journ. de pharmacie — Wr.).

— Pasteur hat in der Sitzung der Pariser Akademie der Wissenschaften (20. August n. St.) die Mittheilung gemacht, dass die von dem russischen Biologen Dr. Hawkin (welcher im Pasteur'schen Institut arbeitet) an seiner eigenen Person und an drei anderen Personen (ebenfalls Russen) vorgenommenen Impfversuche gegen die Cholera zu Ergebnissen geführt hätten, die zu weiteren Versuchen ermuthigten. — Hawkin hat sich bereits nach Russland gewandt mit dem Vorschlage, seine Schutzimpfungen gegen die Cholera in den von der Seuche heimgesuchten Gegenden zu prüfen und günstige Urtheile von Pasteur und Roux über die von ihm dargestellte Vaccine beigefügt. In St. Petersburg hat, wie die «Nowosti» erfahren, in dieser Angelegenheit eine private Berathung von Aerzten (DDr. Batalin, Rauchfuss, Remmert, Lewin, Raptschewski, N. J. Ssokolow u. A.) sattgefunden, welche zu dem Schlusse gekommen sind, dass die Schutzimpfungen mit abgeschwächtem Choleragift zur Zeit noch nicht über die Bedeutung von blossen Laboratoriumsversuchen hinausgehen.

— Bei essentieller Anämie ist nach Hare Cuprum arsenicosum dem Liquor. Fowleri vorzuziehen, und zwar in folgender Dosis 0,0012 — 0,0024 drei Mal täglich nach dem Essen. Verdauung und Gesichtsfarbe sollen sich bessern, Heilung sehr bald eintreten. (Méd. mod. III. 21).

Die Pensionskasse für Wittwen und minderjährige Waisen der Aerzte des Livländischen Gouvernements.

Wie aus dem in der vorigen Nr. der Wochenschrift mitgetheilten Programm des bevorstehenden 4. Livländischen Aerztetages in Wenden zu ersehen, findet am 16. September nach Schluss der Sitzungen die constituirende Versammlung der Pensionscasse für Wittwen und minderjährige Waisen von Aerzten des Livländischen Gouvernements statt.

Obschon es seit Jahren unter den Aerzten der Ostseeprovinzen nicht an ernsten Bestrebungen gefehlt hat, die Zukunft ihrer Wittwen und Waisen sicher zu stellen, so ist es doch erst den Bemühungen des Livl. Aerztetages gelungen, in dieser Sache erfolgreich vorzugehen und die obrigkeitliche Bestätigung der von einer zu diesem Behuf eingesetzten Commission entworfenen Statuten einer Pensionskasse für Wittwen und Waisen der Aerzte Livlands zu erlangen. Leider ist die von der Commission in dem Statutenentwurf ursprünglich in Aussicht genommene Betheiligung der Aerzte der Nachbarprovinzen ausgeschlossen, da in Folge einer vom Ministerium beliebten Abänderung der Statuten nur in Livland lebende Aerzte Mitglieder der Kasse werden können, auswärts lebende jedoch nicht. Immerhin ist es erfreulich, dass mit dieser Livl. Pensionscasse — wenn auch mit der Beschränkung auf nur ein Gouvernement — der Anfang für eine geregelte Versorgung von nothleidenden Wittwen und Waisen der Aerzte gemacht wird. Es wird nun aber auf eine rege Betheiligung der Aerzte Livlands ankommen, um das geplante gemeinnützige Werk zu Stande zu bringen, da nach einer Bestimmung der Statuten die Kasse ihre Thätigkeit nur in dem Falle beginnen kann, wenn an ihr nicht weniger als 100 Mitglieder sich betheiligen. Nach einer ungefähren Schätzung beträgt die Zahl der prakticirenden Aerzte in Livland gegen 250; es wird also eine Betheiligung von wenigstens 40 pCt. aller Aerzte Livlands erforderlich sein.

Um unseren Lesern Einsicht in die Statuten der Kasse zu gewähren, geben wir nachstehend einige der wichtigsten Bestimmungen der Statuten wieder:

Das Capital der Kasse wird gebildet durch die Eintrittsgelder der Mitglieder, Schenkungen und Vermächtnisse zu Gunsten der Kasse, die nach Deckung der Verwaltungsausgaben und Auszahlung der Pensionsquoten restirenden Zinsen, die Strafgelder für verspätete Zahlung der Beiträge, sowie die Pensionsquoten, welche im Verlaufe von 10 Jahren nicht erhoben worden sind (§ 3). — Der Eintritt in die Kasse steht jedem Arzte offen, welcher im Livländischen Gouvernement lebt und das Diplom einer russischen Universität besitzt. Der Eintritt gilt als perfect, sobald die drei Curatoren der Kasse und zwei Curatorsubstituten sich einstimmig für die Aufnahme ausgesprochen haben. Bei Ver-

weigerung der Aufnahme kann der Candidat bei der Generalversammlung Beschwerde führen. Das Curatorium kann, falls es ihm erforderlich erscheint, über den Gesundheitszustand des Candidaten genaue Auskunft einholen (§ 4). Im Falle freiwilligen Austritts kann die Zurückerstattung der eingezahlten Gelder nicht beansprucht werden. Im Falle jedoch des Todes eines Mitgliedes vor der für die Auszahlung der Pensionen festgesetzten Frist ist die Kasse verpflichtet, spätestens 1 Jahr nach dem Todestage sämmtliche Einzahlungen voll zurückzuerstatten. Wechsel des Wohnorts und Aufgabe der Praxis bedingen nicht den Austritt aus der Kasse (§ 5). Jedes Mitglied hat ein einmaliges Eintrittsgeld zu zahlen und zwar, wenn von dem Tage, an welchem der Candidat den ersten medicinischen Grad erhalten hat, ein Zeitraum verflossen ist von 1—5 Jahren — 50 Rbl.; 5—10 Jahren — 75 Rbl.; 10—15 Jahren — 100 Rbl.; 15—20 Jahren — 125 Rbl.; 20—30 und mehr Jahren — 150 Rbl. — Der Jahresbeitrag beträgt 20 Rbl., welcher eine Pensionsquote von 100 Rbl. sichert. Bei Zahlung eines 2 bis 5fachen Eintrittsgeldes und einem 2—5fachen Jahresbeitrage kann eine 2 bis 5fache Pensionsquote erworben werden. Durch Entrichtung der Jahresbeiträge für 5 Jahre im Voraus kann der Theilnehmer die Auszahlung der Pension an seine Wittwe und Waisen auch vor Ablauf der 5 Carenzjahre sichern. Der Jahresbeitrag ist stets am 2. Octob. pränumerando zu entrichten, später nur mit Strafzahlung von 1 pCt. monatlich. Bei Unterlassung der Zahlung des Beitrages bis Ablauf des Jahres, erfolgt die Ausschliessung aus der Zahl der Mitglieder unter Verlust sämmtlicher geleisteter Einzahlungen. Geschiedene Frauen und Wittwen, welche eine neue Ehe eingehen, verlieren das Anrecht auf Pension zu Gunsten der minderjährigen Erben des verst. Mitgliedes. Die Auszahlung der Pension findet, sobald 5 Jahre seit Beginn der Thätigkeit der Kasse verflossen sind, alljährlich in den ersten Tagen des Monats Januar statt; die erste Auszahlung erfolgt aber erst in dem auf das Todesjahr des verstorb. Mitgliedes folgenden Januar.

Die Verwaltung der Casse besteht aus 3 Curatoren und 3 Stellvertretern derselben, welche von der alljährlich stattfindenden ordentlichen Generalversammlung jedes Jahr neu gewählt werden. Die Beschlüsse der Generalversammlung erlangen gesetzliche Kraft, wenn an der Versammlung nicht weniger als ¹/₄ aller Mitglieder persönlich und ¹/₄ in Vollmacht theilgenommen haben. Zur Abänderung des Statuts ist die Zustimmung von ²/₃ aller Mitglieder erforderlich.

Das Curatorium hat seinen Sitz in Riga und tritt alljährlich mindestens 2 Mal zusammen.—Beigefügt ist den Statuten eine Rentabilitäts-Berechnung der Kasse, welche die Stabilität der in Aussicht genommenen Pensionsquoten, ja mit Wahrscheinlichkeit sogar ein baldiges Steigen derselben nachweist.

Vermischtes.

— Ordensverleihungen: Der St. Annen-Orden I. Classe — dem Wirkl. Staatsrath Dr. Wreden, beständigem Mitglied des Gelehrten Militär-Medicinischen Comités und Ehren-Leib-Otiater des Allerhöchsten Hofes. — Der St. Stanislaus-Orden I. Classe — den Wirklichen Staatsräthen: Dr. Sawarykin, Prof. emeritus der Militär Medicinischen Akademie Dr. Obraszow, Arzt der Hauptintendantur-Verwaltung und Dr. Nikolajew, Canzlei-Director der Ober-Militär-Medicinalverwaltung. — Der St. Wladimir-Orden III. Classe — dem Wirkl. Staatsrath Dr. Popow, ordent. Prof. der Militär-Medicinischen Akademie und dem stellv. Pleskauschen Medicinal-Inspector, Wirklichen Staatsrath Dr. Rauch.

— Befördert: zu Geheimräthen — die Wirklichen Staatsräthe Dr. Fowelin, Corpsarzt des Gardecorps und Dr. Odnossumow, Corpsarzt des Kaukasischen Armeecorps. — Zu Wirklichen Staatsräthen Dr. Kossuchin, Corpsarzt des 4. Armeecorps; Dr Polotebnow, ausserordentl. Prof. der Militär-Medicinischen Akademie, Dr. Woronzow, berathendes Mitglied des Gelehrten Militär-Medicinischen Comités und ausserordentl. Prof. der Militär-Medicinischen Akademie.

— Verstorben: 1) Am 7. August der Kreisarzt in Laïschew (Gouv. Kasan) Alex. Deck, im 54. Lebensjahre an der Cholera. Der Verstorbene, welcher gegen 25 Jahre in Laïschew als Arzt thätig gewesen ist, war dort allgemein beliebt und geachtet. 2) Der jüngere Arzt des Ssimferopolschen örtlichen Lazareths Beljajew. 3) Auf der ärztlichen Station im Kirchdorf Rostokan (Gouv. Moskau) hat sich am 13. August der dort beschäftigte Medicinstudirende Wjerow erschossen. 4) Am 31. August in London der Professor der Chirurgie an der Universität Glasgow, Sir George Macleod. Der Hingeschiedene war während der Belagerung von Sewastopol Chef eines der Haupthospitäler.

— In Jena beging am 8. September n. St. der ehemalige Director der dortigen chirurgischen Klinik, Prof. Franz Ried, sein 60jähriges Doctorjubiläum. Er steht jetzt im 82. Lebensjahre und war von 1836–46 Professor in Erlangen, von 1846 bis 1884 Prof. in Jena.

— Der berühmte Chirurg am Hôtel Dieu in Paris, Prof. Verneuil beabsichtigt in nächster Zeit von seinem Posten aus Altersrücksichten (er steht im 69. Lebensjahre) zurückzutreten. Prof Verneuil, welcher eine glänzende Laufbahn hinter sich hat, darf fast alle jüngeren Chirurgen der französischen Schule zu seinen Schülern rechnen. Er war auch einer der Ersten in Frankreich, welche die antiseptische Methode dort zur Geltung brachten. — Als sein Nachfolger wird der bekannte Chirurg am Hospital Pitié, Prof. Lefort, genannt.

— Zur Feier des 25jährigen Professorenjubiläums Professor Billroth's, welche bei Beginn des Wintersemesters begangen werden soll, werden grosse Vorbereitungen getroffen. Von seinen ehemaligen und gegenwärtigen Schülern wird dem Jubilar eine Festschrift überreicht werden, in welcher die Leistungen Billroths auf chirurgischem und humanitärem Gebiet verzeichnet werden sollen. An diesem Werke arbeiten bereits zahlreiche Chirurgen in verschiedenen Ländern der Welt. Die Studentenschaft gedenkt einen Festcommers und einen Fackelzug zu veranstalten. (A. m. C.-Ztg.).

— Die Professur Lister's am King's College in London ist seinem Schüler und Gehülfen, Dr. Watson Cheyne, übertragen worden.

— Der Arzt Dr. F. A. Perelmann ist als Krons-Rabbiner in Ssimferopol bestätigt worden.
(Krym. — Wr.).

— Für den durch den Rücktritt Prof. W. A. Manassein's erledigten Lehrstuhl der speciellen Pathologie und Therapie an der militär-medicinischen Akademie sollen 12 Bewerber sich gemeldet haben und zwar die Proff. M. G. Kurlow (Tomsk) und M. J. Afanasjew (St. Petersburg), die Privatdocenten J. J. Bogomolow, W. P. Dobroklonski, A. M. Dochmann, W. I. Drosdow, A. A. Lipski, W. N. Ssirotinin, G. A. Smirnow, N. I. Skokolow, N. I. Tschistowitsch und M. W. Iwanowski. Die Wahl wird zu Beginn des Semesters stattfinden.

— In Astrachan hat der dortige Arzt Dr. Alexander Dalinger schwer die Cholera durchgemacht, ist aber bereits wieder hergestellt.

— Die Einwohner des sogenannten «Nobel'schen Stadttheils» in Astrachan haben den Aerzten M. A. Hahn und N. M. Zumft, welche während der Choleraepidemie 6 Wochen auf dem Landungsplatze der Nobel'schen Actiengesellschaft ärztliche Hilfe geleistet haben, beim Abschied von ihnen als Zeichen der Dankbarkeit für ihre aufopfernde Thätigkeit eine Adresse und Werthgeschenke überreicht.

— Wir erfahren aus zuverlässiger Quelle, dass der bisherige Redacteur der Zeitschrift «Медицина», S. M. Wassiljew zum Professor der innern Medicin in Dorpat ernannt ist. Von hervorragenden wissenschaftlichen Leistungen desselben ist uns nichts bekannt.

— Auf dem vorigjährigen livländischen Aerztetag wurde bekanntlich von Dr. A. von Bergmann die «Lues in Livland und die Mittel zur Abwehr derselben» besprochen. In der Discussion über diesen Vortrag wurde allgemein anerkannt, dass man nicht eher an eine wirksame Bekämpfung dieser Volksseuche gehen könne, als bis man einen verlässlichen Maassstab für ihre Verbreitung und ihre Fortschritte besitze. Ein solcher Maassstab kann aber nur durch eine genaue Statistik, an der sich alle Aerzte Livlands — wenn möglich ohne Ausnahme — betheiligen, gewonnen werden. Ein von Dr. Truhart im Auftrage des Aerztetages an die Aerzte versandtes Circulair regte zu statistischen Beiträgen an. In Anbetracht der grossen praktischen Wichtigkeit der Frage richten wir die Aufmerksamkeit der livländischen Herren Collegen auf die an der Spitze dieses Blattes abgedruckte Aufforderung des Herrn Dr. Truhart, die Einsendung der Verschlagschemata für Syphilis pro Sem. I 1892 zu beschleunigen und fügen unsrerseits den Wunsch hinzu, dass sich keiner der Herren Collegen der Erfüllung dieser Pflicht — als solche möchten wir die Betheiligung jedes Einzelnen an der Bekämpfung der Lues bezeichnen — entziehen möge.

— Die Militärärzte, welche behufs Bekämpfung der Cholera auf länger als 2 Wochen und weiter als 300 Werst abcommandirt werden, erhalten ausser ihrem Gehalt und den Reisegeldern noch folgende Extrazahlungen:

1) Aerzte im Range eines Staatsrathes und höher 4 Rbl. täglich Diäten und 600 Rbl. zur Ausrüstung.

2) Aerzte, welche im Range von Stabsofficieren stehen, sowie Doctoren der Medicin 3 Rbl. täglich und 450 Rbl. zur Ausrüstung.

3) Aerzte, welche im Range von Oberofficieren stehen, 2¹/₂ Rbl. täglich und 300 Rbl. zur Ausrüstung.

Für Studenten der Medicin sind 2 Rbl. täglich Diäten und 200 Rbl. zur Ausrüstung ausgesetzt.

Im Klassenrange stehende Feldscher erhalten 1¼ Rbl. täglich und 150 Rbl. zur Ausrüstung.

— Vom Medicinalrath ist in denjenigen Ortschaften, in welchen keine Apotheken existiren, den Droguenhandlungen die Verabfolgung von Weinen auf Grund eines ärztlichen Recepts gestattet worden, doch muss das Quantum jedes Mal genau angegeben sein.

— In New-York wurden in's dortige Bellevue-Hospital mehrere Knaben nacheinander aufgenommen, welche an Abdominaltyphus litten. Die Nachforschung ergab, dass sie alle im Flusse in der Nähe der Stelle sich gebadet hatten, an welcher die städtischen Abfälle in den Fluss geleitet werden. (Boston med. J. — Wr.).

— Dr. M. S. Brando (Riga) macht in einem Schreiben an den «Wratsch» darauf aufmerksam, dass es vielleicht vortheilhaft wäre, die Arzneien bei der Cholera in keratinirten Pillen zu verordnen, da das Keratin bekanntich im sauren Magensafte unlöslich ist und die Arzneien in Folge dessen sicherer in den Darm gelangen. Flüssige und ölige Mitttel, meint er, könnten in Gelatinekapseln, welche mit Keratin überzogen sind, verabfolgt werden.

Dr. Brando wirft ferner die Frage auf, ob es nicht rathsam wäre — in Anbetracht der von Buchner festgestellten Thatsache, dass Jodoformdämpfe die Entwickelung der Cholerabacillen hemmen — bei der Cholera auch das Jodoform in Keratinhüllen zu versuchen.

— Das Medicinaldepartement macht in Anbetracht dessen, dass von Medicinalpersonen noch immer Anmeldungen mit dem Wunsche einlaufen, in die von der Cholera ergriffenen Ortschaften commandirt zu werden, bekannt, dass in Folge erheblicher Abnahme der Epidemie dergleichen Abcommandirungen seitens des Departements nicht mehr erfolgen.

— Die Choleraepidemie in Hamburg nimmt seit dem 18. (30.) August ab, namentlich in Bezug auf die Zahl der schweren Erkrankungen. Nach den statistischen Angaben Dr. Reinckes, der an Stelle des bisherigen Medicinalinspectors Dr. Kraus die Leitung des Hamburgischen Medicinalwesens übernommen hat, sind in Hamburg bis zum 3. September n. St. im Ganzen ca. 7000 Erkrankungen und rund 4000 Todesfälle vorgekommen. Von den Aerzten in Hamburg ist, so viel bekannt, bis auf einen schon wieder genesenen Augenarzt, keiner an der Cholera erkrankt; ebenso sind im Warte- und Transportpersonal nur vereinzelte Erkrankungen vorgekommen. In anderen Städten Deutschlands, in welchen Cholerafälle constatirt worden, sind dieselben bis jetzt vereinzelt geblieben.

In Russland weist die Cholera einen weiteren allmäligen Rückgang auf, namentlich in den von der Seuche zuerst ergriffenen Ortschaften. Wir lassen hier eine interessante Uebersicht über die Sterblichkeit an der Cholera in Russland folgen:

Wie die Daten in den vom Regierungsanzeiger veröffentlichten Cholerabulletins ausweisen, sind während des Zeitraumes vom 11. Juni bis zum 22. August in Russland 128,517 Personen an der Cholera gestorben. Was die einzelnen Gebiete und Orte des Reiches anbetrifft, so weisen die grösste Sterblichkeitsziffer Transkaukasien (Baku, Tiflis und Jelisawetpol einbegriffen — 15,169 Sterbefälle), das Gebiet der Donischen Kosaken (mit Rostow — 14,415 Sterbefälle), das Terekgebiet (11,174 Todesfälle) und Ssaratow (10,187 Todesfälle). Es folgen sodann mit einer Sterblichkeitsziffer unter 10,000 das Kubangebiet (8935 Todesfälle), Ssamara (8642 Todesfälle), Turkestan (7704), Astrachan (7197), das Transkaspigebiet mit Taschkent und Aschabad (5037), das Daghestangebiet (4747), Woronesh (4344), Eriwan (4162), das Uralgebiet (3923), Gouv. Simbirsk (3541), Tambow (2150), Charkow (1912), Kasan (1682), Wjatka (1432), Nishni-Nowgorod (1344), Tobolsk (1277), Tomsk (1250), Omsk (1019), Jekaterinoslaw (935), Pensa (852), Ufa (719), Kursk (718), Perm (643), St. Petersburg (616), das Karsgebiet (587), das Sakatalgebiet (483), Rjasan (283), Jaroslaw (240), Moskau (172), Poltawa (165), Orel (135), Sschuscha (132), Lublin (87), Wladimir (84), Krim (83), Tula (80), Kostroma (73), Balachany (55), Cherson (39), Turgaigebiet (23), Bjely Gorodok (21), Tschernigow (21), Irkutsk (8), Jenisseisk (8), Twer (7), das Akmolinsk-Gebiet (5).

Am meisten haben solche Gegenden gelitten, die sich durch ihren traditionellen Schmutz auszeichnen und denen eine schnelle und gut organisirte Hilfeleistung und die nothwendigen Präventivmassregeln mangelten.

In St. Petersburg weist die Choleraepidemie in der letzten Woche ebenfalls eine erhebliche Abnahme der Erkrankungen auf (am 28. August — 100 Erkrankungsfälle, am 29. August — 81, 30. August — 62, 31. August — 64, 1. Septb. — 61 Erkrankungen). Nach den officiellen Bulletins betrug die Gesammtzahl der Erkrankungen bis zum 1. September Mittags 3143, die der Genesenen 1702 und der Verstorbenen 942.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 30. August d. J. 5664 (115 weniger als in der Vorwoche), darunter 254 Typhus — (5 weniger), 540 Syphilis — (18 weniger), 22 Scharlach — (3 mehr), 5 Diphtherie — (1 weniger), 16 Masern — (1 weniger), 7 Pocken — (3 mehr) und 631 Cholerakranke (42 weniger.

Vacanzen.

1) Das St. Petersburger Gouvernements-Landschaftsamt ersucht die Aerzte, welche bereit sind die Leitung der temporären Hospitäler und der fliegenden Sanitätsabtheilungen der Landschaft zu übernehmen, ihre Bedingungen im Hause des St. Petersburger Adels, Michailstrasse, Anfahrt Nr. 3 aufzugeben. — Es sind auch Feldscher, Feldscherinnen und Hebammen (50 Rbl. Gehalt monatlich) nöthig.

2) Die Pirjatinsche Landschaft (Gouv. Poltawa) sucht zur Bekämpfung der Choleraepidemie für einige Zeit Aerzte (Gehalt 200 Rbl. monatl.), Studenten des 5. Cursus (100 Rbl. monatlich) und Feldscher (50 Rbl. monatl.). Die Meldung geschieht per Telegramm beim Kreislandschaftsamt. —

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 16. August bis 22. August 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
514	372	886	121	49	106	15	13	44	141	149	104	63	44	24	8	5

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 11, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 8, Scharlach 1, Diphtherie 0, Croup 3, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 15, Erysipelas 6, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 396, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 70, Tuberculose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 25, Marasmus senilis 15, Krankheiten des Verdauungscanals 121, Todtgeborene 27.

Für die Woche vom 23. August bis 29. August 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
453	324	777	134	57	102	16	5	30	97	145	79	47	30	26	8	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 7, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 4, Scharlach 2, Diphtherie 1, Croup 2, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 6, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 285, Ruhr 6, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 79, Tuberculose anderer Organe 11, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 52, Marasmus senilis 18, Krankheiten des Verdauungscanals 130, Todtgeborene 29.

An die Redaction eingesandte Bücher und Brochüren.

L'otite grippale observée a Paris en 1891 par Dr. Loewenberg. (Sep. Abdr.).

Указатель русской литературы по математикѣ, чистымъ и прикладнымъ естественнымъ наукамъ за 1890 г., издаваемый кіевскимъ обществомъ естествоиспытателей подъ редакціей В. К. Савинскаго. Т. IX. Цѣна 2 р. Кіевъ.

Архивъ біологическихъ наукъ, издаваемый Императорскимъ институтомъ экспериментальной медицины въ С.-Петербургѣ. Т. I, выпускъ 1 и 2. СПб. 1892 г. (Text russisch und französisch).
Cursus der Massage mit Einschluss der Heilgymnastik von Dr. Leopold Ewer-Berlin. Mit 101 Abb. Berlin. H Kornfeld. 1892.
Handbuch der physiol. Optik von H. v. Helmholtz. 2 Auflage. 6 Lief. Hamburg und Leipzig. Leop. Voss. 1892.
Experimentelle und pathologisch-anatomische Untersuchungen über Croup und Diphtherie von Dr. K. Middeldorpf und Dr. E. E. Goldmann. Jena. G. Fischer. 1892.
Ungarisches Archiv für Medicin redigirt v. Prof. Arpad Bokai, Ferd. Klug und Otto Petrik. I Bd. 1 u. 2 Heft. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1892. Pr. pro Bd. (6 Hefte) Mrk. 16.
Münchener med. Abhandlungen. Heft 23. Ueber die Wirkung des Tuberculinum Kochi bei Lupus v. Dr. Konrad Port. Heft 24: Acht Thesen gegen die Münchener Schwemmkanalisation von Max v. Pettenkofer. Heft 24: Ein Fall von Aneurysma der Arteria basilaris bei einem 7 jährigen Knaben von Dr. Wilibald Oppe. Heft 26: Die Lendennerven der Affen und des Menschen von Dr. Anton Utschneider. Heft 27: Die Prostitution. Ansichten und Vorschläge auf dem Gebiet des Prostitutionswesens von Dr. Eugen Miller.
Къ вопросу о вліяніи туберкулина Koch'а на азотистый обмѣнъ в ткани. В. А. Воробьева. Дисс. Москва, 1892.
Grundriss der path. anat. Technik für prakt. Aerzte und Studirende von Prof. F. Neelsen. Stuttgart. F. Enke. 1892.
Leitfaden der Hygiene für Studirende und Aerzte Prof. Aug. Gärtner. Berlin. S. Karger. 1892. Pr. 7 Mrk.
Die Verbreitung der Syphilis in Berlin v. Dr. A. Blaschko. Berlin. S. Karger. 1892. Pr. 0,80 Mrk.

Die Bibliothek des Vereins St. Petersburger Aerzte wird im Laufe des Sommers zugänglich sein am Dienstag und Freitag von 4—6 Uhr und am Mittwoch im Laufe des ganzen Tages.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Frau Marie Kubern, Мойка 84, кв. 19, напротивъ реформатской церкви.
Ida Belajew. Казанская № 52, кв. 24.
E. van der Vliet, Екатер. кан. 166, кв. 25.
Fr. Amalie Schulze, Офицерская 55/17, кв. 93.
Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.
Pauline Gebhardt, Вас. Остр. Б. просп., № 5, кв. 18.
Frau **Duhtsmann, Демидовъ пер. д. 9, кв. 9.**
Sophie Jordan, Вас. Остр., 10 лин. д. 11, кв. 9.
Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.

Дозв. ценз. Спб. 5 Сентября 1892 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 37 St. Petersburg, 12. (24.) September **1892**

An die Herren Aerzte Livlands.

Im Hinweis auf das im Auftrage des III. Livländischen Aerztetages meinerseits (Dec. 1891) erlassene Circulair. ersuche ich diejenigen Herren Collegen, welche noch im Rückstande sind, mir den fälligen Verschlag pro Sem. I. 1892 betreffend die Zahl der wegen Syphilis behandelten Kranken baldmöglichst zusenden zu wollen.

Dr. **H. Truhart** — Fellin.

Therapeutische Anwendung der praehypnotischen Suggestion.

Von

Dr. L. Stembo,

Wilna.

> «That we cannot cogitate an idea, is certainly no proof of its being incogitable; for it may be cogitaded at some later period, when knowledge is more advanced». Buckle's History of civilization in England, vol. 1. p. 150. (Leipzig, 1865).

Die therapeutische Anwendung der Suggestion in dieser oder jener Form gewinnt immer mehr und mehr an Terrain. Solche Koryphäen der deutschen medicinischen Wissenschaft wie Möbius und Leyden sprachen sich für sie aus. Der erste schreibt bekanntlich vier Fünftel aller durch Elektrotherapie erreichten Erfolge der Suggestion zu. Leyden hält die Suggestion, wie aus seinem ganz unlängst in der Hufelandschen Gesellschaft zu Berlin gehaltenen Vortrage hervorgeht, für einen sehr wichtigen Bestandtheil unseres ärztlichen Handelns. Auch Ewald (Berlin) betrachtet die beruhigende Wirkung der Faradisation bei gewissen nervösen Hyperästhesien des Magens als eine Folge der Suggestion.

Darum ist es erklärlich, dass auch wir gewöhnlichen praktischen Aerzte immer öfter in geeigneten Fällen zur Suggestion unsere Zuflucht nehmen.

Die Suggestionen werden bekanntlich in intra — und posthypnotische eingetheilt. Maack in Kiel spricht noch von praehypnotischer Suggestion. Werden Einflüsterungen, die während der Hypnose selbst ausgeführt werden sollen, gemacht, so heissen sie intrahypnotische— soll die Wirkung der Eingebung gleich oder eine kurze Zeit nach der Hypnose eintreten, so nennt man sie eine posthypnotische —, wenn man vor dem Eintritt der Hypnose der Person etwas suggerirt, was während der Hypnose selbst eintreten oder von derselben ausgeführt werden soll, so wird eine solche Suggestion als «praehypnotische» bezeichnet. Es giebt noch sogenannte retroactive Suggestionen, wo es sich um Einflüsterung von Erinnerungstäuschungen handelt.

Statt der Eintheilung in viele Grade (Liébeault, Bernheim) wird jetzt der hypnotische Schlaf allgemein nach dem Vorgange von Forel in nur drei Grade eingetheilt: 1) Schläfrigkeit (Somnolenz), 2) leichter Schlaf (Hypotaxie), 3) tiefer Schlaf (Somnambulismus).

Im Zustande der Somnolenz kann die Person leicht Suggestionen widerstehen, im zweiten Grade werden Einflüsterungen schon leicht erfüllt, aber in beiden ohne Amnesie. Im Somnambulismus werden fast alle Suggestionen erfüllt mit vollkommener Amnesie.

Nun giebt es aber eine wenn auch nicht grosse Reihe von Kranken, bei denen die gewöhnliche Art der Suggestionirung während des Schlafes, aus gleich anzuführenden Gründen, nicht reussirt. Erstens giebt es Kranke, die bei jeder Hypnotisation statt des hypnotischen in den gewöhnlichen Schlaf verfallen; dass dem so ist, erkennt man leicht daran, dass sie ungeachtet des tiefsten Schlafes Suggestionen nicht erfüllen und in der Hand gehaltene Gegenstände fallen lassen (Preyer).

Zweitens giebt es Patienten, die sogar nach mehrfacher Hypnotisation nicht über Somnolenz hinauskommen. Meine Bemühungen durch mehrfaches Wecken und Einschläfern, wie es Wetterstrand, Forel und v. Corval rathen, die Hypnose zu vertiefen blieben meist erfolglos. Ich habe auch mehrfach versucht durch kleine Gaben von Narcoticis (v. Schrenk-Notzing) den Grad der

Hypnose zu verstärken, was auch oft gelingt, aber leider wird dadurch die Suggestibilität, auf die es uns ja hauptsächlich ankommt, nicht wesentlich gesteigert.

Drittens giebt es Fälle, die zwar leicht in den zweiten Grad der Hypnose verfallen; der Umstand aber, dass bei ihnen keine Amnesie vorhanden ist, tritt hindernd in den Weg, denn Viele aus der sogenannten besseren Klasse, die von der Hypnose gehört oder gelesen haben, halten nur dann die Suggestion für erfolgreich, wenn sie von allem dem, was mit ihnen in der Hypnose geschah, keine Ahnung haben. Im entgegengesetzten Falle bildet sich bei ihnen eine conträre Autosuggestion, die der von uns gemachten entgegenwirkt. Manche Patienten dieser Kategorie geben selbst zu, willkürliche Bewegungen in diesem Zustande nicht ausführen zu können, ein Zeichen, dass sie sich wirklich in der Hypnose befanden und nicht, wie manche von ihnen denken, garnicht geschlafen haben; dadurch wollen sie erklären warum sie der Eingebung widerstehen.

Bei allen solchen Kranken gelang die Suggestion nicht, weil diejenigen der ersten Kategorie sie nicht hörten und darum sie auch nicht auffassen konnten und bei denjenigen der zwei letzten Kategorien, weil sie sie hörten und davon die Erinnerung behielten. Die Behauptung Pitres [1]), dass «Certains sujets ne sont pas susceptible d'être influencés par les suggestions pendant leur sommeil hypnotique. D'autres sujets acceptent les suggestions dans certaines phases du sommeil hypnotique et ne les acceptent pas dans les autres», findet in meinen Beobachtungen vollkommene Bestätigung.

Ich will hier beiläufig bemerken, dass die Definition Bernheims, die Hypnose sei ein psychischer Zustand, der die Suggestibilität erhöht, wenigstens eine Einschränkung erleiden muss, denn manche Wachsuggestion kann wirksamer sein als eine hypnotische.

In allen Fällen also, wo nach vier- fünfmaliger Suggestion in der Hypnose kein Erfolg erreicht wurde, wandte ich mich zur praehypnotischen Suggestion, d. h. die nöthige Eingebung wurde vor der Hypnose gemacht. Es wurde nämlich entweder von mir selbst, oder von dem assistirenden Arzt. hin und wieder sogar von den Angehörigen der Kranken gesagt: «Nun werden Sie bald eingeschläfert werden und Ihr Leiden resp. Ihr perverser Trieb oder Leidenschaft wird auf so und so lange oder auf immer wegsuggerirt werden». Gleich darauf wurde der Patient hypnotisirt resp. eingeschläfert und während des Schlafes wurde gar keine Eingebung gemacht. Und bei einem grossen Theil derselben gelang es noch auf diese Weise zum Ziele zu kommen.

Zur Illustration mögen von den vielen von mir so behandelten Fällen nur folgende vier, zwei von Dipsomanie und je einer von Enuresis und Morphinismus hier Mittheilung finden.

Der Alkoholismus wurde schon vielfach von Forel, Bernheim, Wetterstrand, Ladame, Ringier, Lloyd-Tuckey, Neilson und vielen Anderen zum Object der Suggestiv-Therapie gemacht.

Fall I. B. M. sechzig Jahre alt, aus einer kerngesunden Familie stammend, hat in seinem Leben viel gearbeitet, aber noch mehr getrunken, besonders ergab er sich dem Trunke als er vor zwölf Jahren seine Geschäfte liquidirte und als Rentier zu leben begann. Er trank täglich ausser drei Flaschen Wein zwei bis vier Quart. Schnaps.

Schon vor acht Jahren begannen verschiedene Erscheinungen der chronischen Alkoholvergiftung sich bei ihm einzustellen: zuerst eine chronische Nephritis, dann nach zwei Jahren eine Polyneuritis hauptsächlich die unteren Extremitäten betreffend; vor vier Jahren hatte er lange an einer Neuroretinitis zu laboriren. Seit zwei Jahren stellten sich Tremor, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Gedächtnissschwäche ein und über ein Jahr gesellten sich dazu Anfälle von allgemeinen Convulsionen, höchst wahrscheinlich in Folge von chronischer Pachymeningitis.

[1]) Leçons cliniques sur l'hystérie, 1891. t. II p. 166.

Da alle Mittel nicht halfen baten die Angehörigen und der Patient selbst die Hypnose zu versuchen.

Er schlief auch gleich beim ersten Versuch ein, da ich aber überzeugt war, dass es kein hypnotischer Schlaf war, so ging ich schon bei der nächsten Sitzung zur praehypnotischen Suggestion über, die auch die merkwürdige Wirkung hatte, dass Pat. schon nach drei Sitzungen, die in Verlauf von sechs Tagen gemacht wurden, zwei Monate lang keinen Tropfen Schnaps zu sich nahm und sich nur mit etwas Wein, den ich selbst ihm verordnete, begnügte. Leider soll die Besserung nur drei Monate angehalten haben.

Fall II. Einen zweiten Fall von periodischer Dipsomanie, den ich auf dieselbe Weise mit dauerndem Erfolge geheilt habe, will ich noch kurz mittheilen. Er betraf einen Diener, der mir von Herrn Collegen Prosorow behufs hypnotischer Behandlung zugeschickt wurde. Er war ein Mann von über vierzig Jahren, der sonst ein sehr ruhiges und gesittetes Leben führte und seit vielen Jahren bei einem Herrn in Dienst stand. Seit sechs Jahren stellten sich bei ihm alle drei bis vier Monate Anfälle von Trunksucht ein, die sieben bis zehn Tage dauerten und durch keine Mittel abgewandt werden konnten.

Am ersten Tage eines solchen Anfalls bekam ich ihn in Behandlung und nach sechs praehypnotischen Suggestionen war er geheilt. Seit anderthalb Jahren kein Anfall mehr.

Bemerkenswerth ist es. dass bei diesen beiden Patienten gar keine Abstinenzerscheinungen zu beobachten waren.

Fall III. Der zwölfjährige schwächliche aus einer stark neuropathisch belasteten Familie stammende an Enuresis leidende Knabe E. K. wurde mir von Herrn Collegen Sementzki behufs suggestiver Behandlung zugeführt, richtiger gesagt für die elektrische. — Da aber die Elektricität, die in vielen Fällen dieser Krankheit mir ausgezeichnete Dienste leistete, hier ungeachtet der verschiedenartigsten Methoden, die ich angewendet hatte, gar nicht fruchten wollte, so bat mich der eben genannte College auf Wunsch der Eltern des Knaben die Suggestiv-Therapie zu versuchen.

Beim Knaben, dessen Grossmutter ebenfalls an Blasenschwäche (incontinentia urinae) leidet, war nicht nur eine Enuresis nocturna sondern auch eine diurna vorhanden, denn bei der kleinsten Ablenkung seiner Aufmerksamkeit liess er den Urin auch am Tage unter sich.

Die arme Mutter musste nächtlich mehrmals aufstehen um den Jungen auf das Nachtgeschirr zu setzen, dabei war der Schlaf so fest, dass er dabei gar nicht die Augen öffnete und am nächsten Morgen gar keine Ahnung hatte, dass er in der Nacht geweckt wurde. Ungeachtet dieser mühseligen Arbeit von Seiten seiner Mutter liess er doch sehr oft den Urin ins Bett. Ausserdem war der Kranke immer sehr zerstreut, lernte ohne Fleiss, grüsste Bekannte nicht u. s. w. Unter den vier Kindern seiner Eltern ist er der einzige, der daran leidet.

Die erste Einschläferung, der auch Herr Dr. Sementzki beizuwohnen die Güte hatte, dauerte ungefähr zehn Minuten. Trotzdem, dass er während der drei nächsten Sitzungen in einen ziemlich tiefen Schlaf verfiel, war doch an seiner Krankheit wie an seinem allgemeinen Verhalten keine irgendwie nennenswerthe Veränderung eingetreten, darum schritt ich auch bei ihm zur praehypnotischen Suggestion.

Als Probe suggerirte ich ihm anfangs nur, dass er von jetzt an die Bekannten seiner Eltern wie auch die Seinigen grüssen wird, was er auch nacher pünktlich erfüllte. Die nächste Eingebung wurde gegen die Enuresis diurna gerichtet, und in der That, im Verlauf von mehreren Tagen, die zwischen dieser und der nächsten Hypnotisation vergingen, blieb er am Tage trocken.

Das folgende Mal sagte ich ihm: «Nun bist Du so weit, dass Du auch in der Nacht bei jeder Füllung der Blase aufwachen, das nöthige Gefäss holen und Urin lassen wirst». Diese Einflüsterung wurde buchstäblich erfüllt: der Knabe erwachte, ging mit offenen Augen zum Gefäss und urinirte, was seine Mutter in das grösste Erstaunen setzte, da der Junge noch nie Aehnliches gethan hatte. Durch noch zweimalige Suggestion wurde die Behandlung dieses Kranken geschlossen.

Vor einigen Tagen sah ich Collegen Sementzki und er theilte mir mit, dass die Besserung bei ihm eine anhaltende ist.

Auf diese Weise gelang mir noch bei einigen Kindern, die ich vor Jahren hypnotisch erfolglos behandelt hatte, Besserungen ja Heilungen zu erzielen.

Nicht so gute Erfolge wie bei Dipsomanie und Enuresis werden der Hypno-Therapie des Morphinismus nachgesagt; doch sind vielfache gute Erfolge (Bernheim, Wetterstrand) mitgetheilt worden. Darum will auch ich folgenden Fall von Morphinismus, den ich mit Erfolg durch die praehypnotische Suggestion behandelt habe, veröffentlichen.

Fall IV. G. L. 35 Jahre alter Rittmeister leidet seit vielen Jahren an einer linksseitigen Hemicranie, die ihn sehr oft belästigt und nicht selten zu heftigen Krämpfen in allen Gliedern (ohne Verlust des Bewusstseins) führt. Die Schmerzen waren mitunter so unerträglich, dass er einen Selbstmordversuch machte, indem er sich eine Kugel in die Brust schoss. Glücklicher Weise streifte die Kugel nur eine Rippe und blieb unweit des Rückrates stecken, von wo sie später entfernt wurde. Zu der Hemicranie gesellten sich noch Schmerzen in der linken Schulter und in der linken unteren Extremität.

Zur Stillung oder wenigstens Linderung seiner wüthenden Schmerzen wurden von den hinzugezogenen Aerzten Morphiumeinspritzungen gemacht, die aber bald öfter und öfter und in steigender Dose gemacht werden mussten. Da aber sein Arzt ihm grosse Dosen Morphium einzuverleiben sich weigerte, so suchte er oft unbekannte Aerzte auf um sich nur auf diese Art Morphium in ihm genügender Quantität zu verschaffen. Da ihm aber die verschriebenen Mengen dieses Narcoticums doch zu wenig waren, weil er es jetzt schon auf eigene Hand obgleich er schmerzlos war, gebrauchte, so liess er sich dasselbe durch einen Feldscher besorgen. Mit der Zeit kam er so weit, dass er täglich zwölf Gran (0,6) Morphium und darüber consumirte.

Als er mir Ende März d. J. von Dr. Korneitzik-Sewastjanow zugeführt wurde, klagte der mittelgrosse stark heruntergekommene Mann über allgemeine Schwäche, Schlaf-, Appetit- und Energielosigkeit, Schmerzempfindungen in verschiedenen Nervenbahnen, Praecordialangst u. s. w.

Merkwürdiger Weise konnte ich bei meinem Patienten keine Miosis constatiren, im Gegentheil war bei ihm eine ziemlich starke Mydriasis vorhanden. Ausserdem war bei ihm eine Erscheinung vorhanden, die ich auch hin und wieder bei anderen Morphinisten mehr oder weniger ausgesprochen fand, nämlich eine Hemeralopie (coecitas nocturna). Da ich den Augenhintergrund dieses Kranken leider nicht untersucht habe, so kann ich nicht behaupten, dass diese Erscheinungen von einer Erkrankung der Retina unabhängig sind. Es könnte auch vielleicht bei ihm die Hemeralopie eine Familieneigenthümlichkeit sein (Donders), was aus der Anamnese nicht zu erfahren war. Ausser leichtem Schielen und erhöhten Sehnenreflexen war an diesem Kranken weiter nichts Auffallendes zu bemerken.

Da er schon verschiedene Abstinenzversuche gemacht hatte, die durchzuführen es ihm an Energie fehlte, so bat er mich mit der Hypnose ihm behülflich zu sein.

Schon beim ersten Versuch den Patienten zu hypnotisiren, der in Gegenwart von Herrn Collegen Korneitzik-Sewastjanow gemacht wurde, gelang es Somnolenz hervorzurufen. Die zweite Sitzung, die wegen der plötzlichen Erkrankung seiner Frau nicht bei dem Patienten zu Hause abgehalten werden konnte, wurde beim Collegen K-Sew. gemacht, aber es gelang nicht irgend welchen Schlafzustand hervorzurufen, höchst wahrscheinlich weil Pat. sehr aufgeregt war. Während der dritten Sitzung verfiel er in leichten Schlaf. Ein tieferer Schlaf war auch nicht durch Chloral bei ihm zu erreichen. Die ihm in diesem hypnotischen Zustande gemachten Suggestionen blieben erfolglos, weil, — wie der Kranke selbst angab — er meinte, dass nur bei vollkommener Amnesie in Bezug auf das in der Hypnose Vorgefallene eine Suggestion wirksam sein könnte. Da er, wie gesagt, in den dritten Grad der Hypnose auf keine Weise gebracht werden konnte, so griff ich auch bei ihm zur praehypnotischen Suggestion. Noch vor meinem Ankommen sagte ihm Dr. Sew.: «Nun wird Dr. Stembo Sie wieder einschläfern und Ihnen einflüstern, dass Sie 48 Stunden lang einen Ekel gegen Morphium empfinden werden, Sie werden Morphium weder sehen, noch an dasselbe denken können u. s. w. Sie werden auch im Verlauf dieser Zeit gar keine Schmerzen haben, folglich auch keine Ursache für den Morphiumgebrauch haben». Darauf kam ich, hypnotisirte ihn ohne dabei irgend welche Suggestion zu machen. Nach dem Erwachen war Patient mit dieser Hypnose sehr zufrieden, da er von der ihm gemachten Suggestion nichts gehört hatte, folglich auch sehr tief geschlafen hatte. Diese Suggestion wurde auch pünktlich erfüllt. Noch vier auf diese Weise gemachte Suggestionen führten zum Ziele. Die Abstinenzerscheinungen waren bei unserem Patienten ziemlich geringe.

Dass es sich bei der praehypnotischen Suggestion um eigentliche Wachsuggestion handelt, die nur durch den folgenden Schlaf — einerlei ob hypnotischen oder gewöhnlichen — verstärkt wird, gebe ich gerne zu; da es aber bei der Suggestiv-Therapie nur darauf ankommt eine genügende Wirkung auf die Psyche zu erlangen und es uns einerlei ist auf welchem Wege wir das Ziel erreichen, wenn nur dem Kranken geholfen wird, so ist diese Art von Suggestion von grossem Werth. Dass bei manchen unserer prähypnotisch behandelten Kranken Recidive sich einstellten, darf uns doch nicht abhalten in geeigneten Fällen, wo andere Methoden fehlschlugen, immer wieder die praehypnotische Suggestion zu versuchen, denn warum soll denn die Suggestion anders gehandhabt werden wie die Hydro-, Elektro- und Pharmakotherapie, die doch ebenfalls Recidive zulässt und auf die wir doch deswegen nicht verzichten.

Wie wir uns die Wirkung der praehypnotischen Suggestion erklären können, ist oben angegeben.

Wie im Anfange dieser kleinen Mittheilung angeführt wurde, ist Maack der erste, der von praehypnotischer Suggestion spricht, ob er sie aber auch zu therapeutischen Zwecken angewendet hat, ist mir nicht bekannt, da ich leider seine Arbeit nicht habe bekommen können.

Wilna, den 9. August, 1892.

Referate.

E. Wirsing: Acute gelbe Leberatrophie mit günstigem Ausgang. (Würzburg, Stahel, 1892, 44 pag.).

Bei der Reserve und Skepsis, die heutzutage noch Mittheilungen gegenüber herrscht, die von Heilerfolgen bei der acuten gelben Leberatrophie berichten, ist obige Arbeit insofern von grossem Interesse, als sie von einem Schüler und unter Leitung Leube's entstanden ist, welcher Autor in seiner «speciellen Diagnose der inneren Krankheiten» schreibt: «tritt Genesung ein, nachdem die Diagnose auf acute gelbe Leberatrophie gestellt war, so ist mehr als wahrscheinlich, dass die Diagnose falsch war». — Dieser Lehrsatz wird durch exacte Beobachtung eines in Heilung übergegangen Falles umgestossen.

Nach Aufzählung der 15 in der Literatur bekannt gewordenen Genesungen nach acuter gelber Leberatrophie, geht Verf. auf den von ihm beobachteten Fall ein: Er betrifft eine 26jährige Büglerin, welche am 21. April mit allgemeinem Unwohlsein, Erbrechen, Husten, Magenschmerz erkrankte. Das Erbrechen nahm an Häufigkeit derart zu, dass Pat. seit dem 1. Mai überhaupt nichts mehr im Magen behält. Am 5. Mai Bluterbrechen. Status: Milz deutlich fühlbar, Lebergrenze in der Mamillarlinie normal, in der Mittellinie 5 Cm. oberhalb des Nabels. Leber mässig druckempfindlich. Urin normal. Am 11. Mai Icterus sclerae, am 19. Mai allgemeiner Icterus; im Urin Urobilin, sehr wenig Eiweiss, spärliche Cylinder; Faeces hellgelb, reichlich Urobilinhaltig. Seit dem 10. Mai eine auffallende Muskelunruhe, an choreat. Bewegungen erinnernd, Steigerung der nervösen Symptome und des unstillbaren Erbrechens; Herzthätigkeit sehr beschleunigt, häufiges Nasenbluten. Leber am 22. Mai als ganz weiches Organ fühlbar, 6 Cm. oberhalb des Nabels, empfindlich. Die perkussorische Grenze in der Mittellinie 2 Cm., in der Mamillarlinie 1 Cm. oberhalb des fühlbaren Leberrandes. Urin enthält in beträchtlichen Mengen Leucin und Tyrosin. T. normal.

29. Mai Nasenbluten, Verkleinerung der Leberdämpfung, Fortdauern des Erbrechens.

2. Juni Lebergegend empfindlich und eingefallen. v. Leube constatirt die noch nie beobachtete Erscheinung: Bei Druck mit dem Finger auf die Leber medianwärts vom rechten Rippenbogen ist deutlich das Gefühl einer teigig weichen Resistenz wahrzunehmen und bleibt längere Zeit ein gut sicht- und fühlbarer Eindruck zurück (Knetbarkeit). 6. Juni: Enge Pupillen mit Reaction. Leberrand nirgends mehr fühlbar, Hyperalgesie der unteren Extremitäten und der linken Abdominalseite. Icterus abnehmend, ebenso die pathologischen Urinbestandtheile. 1. Juli: Erbrechen seltener. 1. August: Pat. erholt sich. Zunahme der Leberdämpfung nicht zu constatiren, Milz noch stark vergrössert. Am 20 September: Entlassung, Pat. war gravid, gebar Ende December Zwillinge.

Verf. geht dann mit Berücksichtigung der reichen Literatur auf die Aetiologie und Theorie der Krankheit naher ein und kommt zum Schluss, dass nach der jetzt herrschenden Ansicht das Wesen der acuten gelben Leberatrophie in einer Allgemeinkrankheit zu suchen sei und zwar am wahrscheinlichsten in einer Infectionskrankheit. Hierbei muss wohl die Art der Infection keine einheitliche sein, wofür einigermassen das Auftreten der Erkrankung im Verlaufe der verschiedenartigsten Zustände und Infectionskrankheiten spricht. — Es folgt hierauf eine ausführliche und kritische Besprechung der Organveränderungen bei der acuten gelben Leberatrophie, der dieser allseitig gut beobachtete Fall zu Grunde gelegt ist. Zu erwähnen wäre noch die Thatsache, dass 3 Monate nach Beginn der Erkrankung anfangend, sich unverkennbare Zeichen von Wachsthum der Leber einstellten, so dass zum Schlusse die normalen Grenzen mit einer geringen Einbusse wieder erreicht waren und endlich noch eine vom Verf. empfohlene

Modification der Jaffe'schen Methode der Urobilinbestimmung: Der Urin wird mit einigen Cc. Chloroform mehrere Minuten langsam ausgeschüttelt, der Chloroformauszug mit einer Pipette herausgenommen und mit soviel chlorzinkhaltigem absol. Alkohol versetzt, bis die anfangs entstehende Trübung sich wieder aufhellt.

Die Therapie des Falles war eine symptomatische. Ernährung per rectum. Gegen das Erbrechen: Eis, Cocaïn, Morphium, Ausspülung des Magens mit Eiswasser, NaCl-Lösung, 3 pCt. Salicyllösung. Gegen die Herzinsufficienz: Coffein natrosalicyl. subcutan und in Suppositorien. Digitalis in Klysmen und Suppositorien, Wein in Klysmen, Phenacetin und Antipyrin in Supposit. Gegen das Hautjucken Antipyrin, Spiritus- und Carbolwaschungen. Kallmeyer.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Die Influenzaepidemie 1889/90. Im Auftrage des Vereins für innere Medicin in Berlin, herausgegeben von E. Leyden und S. Guttman. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann. 1892.

Das vorliegende stattliche Werk, aus der von dem Verein für innere Medicin veranstalteten Sammelforschung hervorgegangen, giebt eine vollständige, nach allen Richtungen hin erschöpfende Bearbeitung der denkwürdigen Influenzaepidemie vom Jahre 1889/90. Das Material entstammt den von mehr als 6000 Aerzten beantwortet zurückgesandten Fragekarten; es ist also aus einer grossen Reihe von Beobachtungen hervorgegangen, gewährleistet desshalb auch eine bisher nicht erreichte Vollständigkeit. Wir finden zunächst eine Zusammenstellung der gesammten über die Influenza vorhandenen Literatur, für deren Vollständigkeit der Name des Verf. des Dr. A. Würzburg, Bibliothekar am Kaiserlichen Gesundheitsamte, bürgt. Die Bearbeitung der Statistik lag in den Händen des Dr. Rahts. In den nächsten beiden Abschnitten schildern Lenhartz den Gang der Epidemie von 1889/90 und Jacob Wolff ihr Auftreten im Winter 1891/92. Hieran schliesst sich der von Prof. Ribbert (Zürich) bearbeitete Aufsatz üben die Pathologie der Influenza, der sowohl die pathologische Anatomie, wie Bacteriologie umfasst. Besonderes Interesse beansprucht der darauf folgende Abschnitt über die Symptomatologie (Prof. Litten, Dr. Riess, Prof. Zülzer). Die Darstellung der Mit- und Nachkrankheiten, der Affectionen der Lungen, des Kehlkopfes, der Augen, Ohren, der Nase und des Gehirns (Psychosen), die aus der Feder von berühmten Specialisten stammt, ist eine überaus gelungene. Den Praktiker werden besonders der von Fürbringer verfasste Abschnitt über die Behandlung der Influenza, und von Paul Guttmann über die Todesursachen interessiren. Zum Schlusse finden sich noch 2 sehr werthvolle Beiträge: die Beobachtungen der Influenza bei Kindern von A. Baginsky und die Beobachtungen der Epidemie in den Gefängnissen von Baer.

Ausstattung und Format, Druck und Papier, sowie die Ausführung der Tafeln sind elegant. Im Grossquartformat gedruckt, etwa 200 Seiten umfassend, wird das Werk in besonderer Deckelmappe ausgegeben. Abelmann.

A. Kramer: Grundriss der Geburtshilfe. Ein Compendium für Studirende. Stuttgart 1892. Verlag von F. Enke

Die Frage von dem Werthe eines Compendiums für Studirende im Allgemeinen offen lassend, können wir nicht umhin dem Verf. vorliegenden Büchleins volle Anerkennung für das Geleistete zu zollen. Hauptsächlich ist es die kurze, übersichtliche Form und klare Darstellungsweise, welche das Buch auszeichnet. Durch diese Eigenschaften wird eine schnelle Orientirung ermöglicht, wozu noch eine von den meisten Lehrbüchern etwas abweichende Anordnung des Materiales nicht unwesentlich beiträgt.

Einige Abschnitte scheinen uns jedoch zu aphoristisch behandelt zu sein. Bei der Leitung der Geburt wird z. B. viel zu wenig Gewicht auf die äussere Untersuchung gelegt. Zu entschieden absprechend verhält sich Verf. ferner gegenüber der Dührssenschen Uterus-Tamponade bei Blutungen in der Nachgeburtsperiode; dagegen wird Massiren der Gebärmutter auf der in dieselbe eingeführten Hand auf's wärmste empfohlen.

Durch derartige sich jedoch nicht häufig findende Stellen wird der Werth des Büchleins nur wenig beeinträchtigt und können wir daher diesem Compendium eine weite Verbreitung wünschen. Dobbert.

James Eisenberg: Hygiene der Schwangerschaft. Wien 1892. Verlag von J. Safár. 93 Seiten.

In den meisten grösseren Hand- und Lehrbüchern der Geburtshilfe findet der Leser nur spärliche Angaben über Hygiene und Diätetik der Schwangerschaft.

Der praktische Arzt spec. der Hausarzt wird jedoch häufig über Fragen auf diesem Gebiete interpellirt — der Rath welchen derselbe ertheilen soll, muss von ihm dann häufig erst von Specialärzten eingeholt werden. Vorliegende Abhandlung versucht diese Lücke in der Literatur auszufüllen.

Im ersten Theil wird in der Kürze die Diagnose der Schwangerschaft besprochen, woran sich die «specielle Hygiene und Diätetik der Schwangerschaft» anschliesst, welches Kapitel besonders sorgfältig und eingehend behandelt wird.

Den 2. Theil bildet die «Pathologie der Schwangerschaft». Es werden hier die Störungen der regelmässigen Schwangerschaft, die pathologische Schwangerschaft, die Erkrankungen der Schwangeren durch pathologische Steigerung physiologischer Erscheinungen und die Complicationen der Schwangerschaft mit zufälligen Krankheiten geschildert.

Wir glauben diese Abhandlung besonders den Landärzten bestens empfehlen zu können, weil sich der Leser in derselben wie gesagt über manche Fragen eine Aufklärung, in kurzer und präciser Form, verschaffen kann, nach welcher in den meisten Werken vergeblich gesucht wird. Dobbert.

In der gewohnten noblen Ausstattund sind im Verlage von F. C. W. Vogel (Leipzig) die «Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte» (64. Versammlung zu Halle) herausgegeben von Albert Wangerin und Fedor Krause erschienen. Wir wollen nicht unterlassen, auf den reichen Inhalt aufmerksam zu machen; derselbe bietet für den praktischen Arzt sehr viel Interessantes.

Die Verhandlungen der Abtheilungssitzungen für Pädiatrie sind in einer besonderen Brochüre von Dr. Emil Pfeiffer im Verlage von J. Bergmann (Wiesbaden) herausgegeben. In derselben finden sich recht wichtige Abhandlungen, von denen wir hier die Impffrage und die Tuberkulinbehandlung im Gebiete der Kinderheilkunde erwähnen möchten. A.

H. Krannhals: Ueber die Cholera. Riga, Jonck und Poliewsky 1892. 32 pag.

G. F. Wachsmuth (Berlin): Cholera, Brechdurchfall etc. Leipzig, Hartung & Sohn 1892.

I. F. Raptscheffski: Ueber die asiatische Cholera. St Petersburg, Russisch-Slavische Buchhandlung 1892. (russisch) 55 pag.

Aus der grossen Reihe der in den letzten Wochen erschienenen Brochüren über die Cholera, möchten wir nicht unterlassen einiger derselben Erwähnung zu thun.

Die von Dr. H. Krannhals verfasste ist für das grosse Publicum bestimmt und daher populär und allgemein verständlich gehalten. Sie bringt das nöthige über Schutzmassregeln und Verbreitungsweise der Krankheit nach dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse, liest sich angenehm und giebt dem Laien Auskunft über alle ihn interessirenden Punkte. Durch ihre Kürze und Handlichkeit wird sie wohl Eingang in jedes Haus gefunden haben.

Die Brochüre von Wachsmuth bringt Rathschläge gegen genannte Krankheiten, welche im Allgemeinen eher den ausländischen als unseren Verhältnissen angepasst sein dürften. In der Einleitung befürwortet Verf. das Institut der Leichenverbrennung in Cholerazeiten, ein Vorschlag, der, wenn er neben anderen Massregeln in Indien zur Durchführung käme, uns wohl für immer von der Cholera befreien würde.

Dr. Raptscheffski hat den Inhalt zweier vor Kurzem gehaltener wissenschaftlich-populäre Vorträge in Form einer stattlichen Brochüre niedergelegt. Sie sind mehr für das gebildete Publicum bestimmt und zeichnen sich durch eine sorgfältige und geschickte Bearbeitung und eine vorzügliche Darstellung des Stoffes aus. Auch der historische, der aetiologische und der epidemiologische Theil sind ausführlicher behandelt, so dass die Brochüre ein schön abgerundetes Ganzes vorstellt. Sieben recht hübsch ausgeführte Photogramme sind ihr beigegeben. Kallmeyer.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

Zur Choleratherapie.

(Nach Mittheilungen, die im «Wratsch» Nr. 33—35 veröffentlicht sind.)

Die herrschende Choleraepidemie hat vielfach Gelegenheit gegeben, Erfahrungen in Bezug auf die Therapie dieser Erkrankung zu sammeln. Ausser schon bewährten Behandlungsmethoden werden auch weniger bekannte oder neue Mittel in Vorschlag gebracht.

Da solche an grossem Material gesammelten Erfahrungen über therapeutische Maassnahmen von einigem Interesse sind, verzeichnen wird nachstehend in Kürze die Hauptmomente der Behandlungsweisen einiger Aerzte.

Prof. N. Mansurow sieht im Staube das Hauptmoment für die Uebertragung der Infection. Die auf theoretischem Kalkul basirenden Vorschläge in Betreff der Prophylaxe und Therapie bieten nichts Neues; zu erwähnen wäre nur, dass M. das Tragen von Wattetampons in den Nasenlöchern und Bedecken des Mundes mit Marlystreifen anräth, um Aerzte und Dienstpersonal vor Ansteckung von den Luftwegen her zu schützen.

A. Nedzwedzki hält die Cholera für identisch mit der malaria larvata epidemica perniciosa, weil er im Blute Cholerakranker bedeutende Mengen von Mikroorganismen gefunden hat, welche gleichfalls bei Malariafieber ohne bestimmten Typus beobachtet werden. Als Therapie empfiehlt N. subcutane Injectionen von: Chininum bimuriat. 30.0, kochendes destilirtes Wasser 100.0, Kochsalz 0.6. Anfangs werden 2 Spritzen (à 2 Cc.) = 1,2 Chinin injicirt; in den folgenden Tagen sind je nach Bedürfniss 1—2 Injectionen zu machen. Hat das Erbrechen aufgehört, so kann Chinin auch innerlich gegeben werden. Als Hilfsmittel bei dieser Behandlungsmethode werden angeführt: Morphium subcutan bei Schmerzen im Leibe und bei Krämpfen; Lavements mit Tanninlösung. Wenn kein Erbrechen vorhanden ist Bismuthum salicylic. mit Opium und Chinin indicirt.

Im algiden Stadium sind sofort hypodermatische Eingiessungen mit physiolog. Kochsalzlösungen zu machen.

A. D. Stepanow sieht in der Abkühlung des Kranken und im Sinken der Temperatur die Hauptgefahr und hält neben der Darreichung von die Herzthätigkeit anregenden Mitteln die Erwärmung des Patienten für die Hauptaufgabe der Choleratherapie. Da die zu diesem Zwecke meist üblichen Frictionen wenig leisten und den Kranken belästigen, heisse Wannen dagegen zu umständlich und in Dörfern ausserdem nicht ausführbar sind, hat S. sich einfacher, oder zu diesem Zwecke hergestellter Säcke von 2—2$^1/_3$ Arschin Länge bedient, welche noch durch 3—4 Längennähte in schmälere Streifen zerlegt werden. Der Sack wird mit Hafer, Roggen Weizen oder anderen Aehrenfrüchten gefüllt, welche vorher 20—30 Minuten im russischen Ofen erhitzt werden. Mit diesen heissen Säcken werden Füsse und Extremitäten des Kranken bedeckt; vor 2 Stunden ist ein Wechseln der Säcke nicht nöthig. S. hat mit diesem Verfahren sehr gute Erfolge erzielt.

A. Aleksinski empfielt Enteroklysmata zugleich mit Magenausspülungen. Zu ersteren werden 2 zu letzterer 1 Liter folgender Lösung genommen. 10.0 Grm. acid. tannic. auf 1000 Grm. Kamilleninfus oder Wasser von 40° C. Nach diesen Ausspülungen hat A. mit Erfolg innerlich angewandt: Tct. valerian. aether. zu gleichen Theilen mit Hoffmanns tropfen; 30 Tropfen stündlich. — Pulver bestehend aus: Calomel $^1/_{10}$ gr. Opium $^1/_{10}$ gr. Bismuth. subnitric 5 gr. stündlich ein Pulver — Cognac, Portwein, Getränke mit Rothwein. Schon nach wenigen Ausspülungen und Eingiessungen hören Erbrechen und Durchfälle auf und das Befinden des Patienten bessert sich.

Dr. Dubner sah gute Erfolge von den Cantani'schen hohen Eingiessungen, welche er 4 Mal, in schweren Fällen sogar 6 Mal täglich machte. Im Beginne der Behandlung wurden dieselben von 38—40° C. gemacht, trat Besserung des Zustandes ein, so wurde die Temperatur der Lösungen auf 32—28° C. erniedrigt.

Die innere Darreichung von Medicamenten verwirft D.; er beobachtete in solchen Fällen Reizerscheinungen von Seiten der Blase. Wenig Erfolg sah er von den subcutan angewandten Excitantion.

D. Wladislawlew ist in dem Stadium wo Magen- und Darmerscheinungen in den Vordergrund treten für heisse Enteroklysmen.

Haben die Durchfälle und das Erbrechen etwas nachgelassen so sind innerlich Gaben von Adstringentien und Antisepticis indicirt. Zur Bekämpfung des Aufstossens Narcotica. Werden diese Mitteln nicht erbrochen, dann kann Calomel in kleinen Dosen (0,06) gegeben werden.

Im algiden Stadium sind Excitantien am Platz; Campher, Aether, Moschus subcutan Desgleichen Cantanische hypodermatische Eingiessungen (4,0 Natr. muriat. 3,0 Natr. carbonic. 1000 aq. destill.). Um die Herzthätigkeit zu heben ist es rathsam, während der Eingiessung subcutan Injectionen von Campher etc. zu machen.

Getränk: Thee mit Rothwein. Bei Krämpfen Wannen mit Senf, Wärmeflaschen, Einreibungen mit Pfefferschnaps.

Nach Parfenow trägt Naphtalin zu 5 gr. mit gebranntem Kaffe zur Hebung des Pulses bei.

Stud. Lasarew und Prschedotski gaben in mittelschweren Fällen mit Erfolg eine einmalige Dosis von Calomel 8 gr. und Salol 10 gr. darauf 2 stündlich $^1/_2$—2 gr. Calomel und 10 gr. Salol. Gegen Erbrechen hat sich nach den Autoren Cocain sehr gut bewährt. (3 gr. Cocain. muriat. 2 Drachm. Pfeffermünztinctur; 10 Tropfen $^1/_2$ stündlich.

S. Triwus empfiehlt Einathmungen von Sauerstoff im algiden Stadium. Seiner Meinung nach handelt es sich im algiden Stadium nicht um Verdickung des Blutes und er erwartet daher von Eingiessungen physiologischer Kochsalzlösungen keine Erfolge. Bäder von 30° R. hat er mit Erfolg gegen Krämpfe und Erbrechen angewandt. Im algiden Stadium darf das Wasser in der Wanne nicht über Nabelhöhe reichen. — Aus der Analogie der Vergiftungserscheinungen schliesst Koroltschuk, dass die Choleratoxine in die Gruppe des Muscarin gehören und empfiehlt im algiden Stadium subcutane Atropininjectionen. Praktische Erfahrung über diese Behandlung liegen nicht vor.

Bekannt ist, dass es Hashimoto gelungen ist Cholerabacillen durch Essig (bei einem 2,2 pCt. bis 3,2 pCt. Gehalt an Säure) im Laufe von 15 Minuten zu tödten. Dr. Fedorow hat in Folge dessen eine 4 pCt. Lösung von Essigsäure bei den ersten Symptomen der Cholera in Anwendung gebracht: 15 Grm. der Lösung mit Schnaps und 0,1 Grm. Kampfer genügten um Durchfälle, Leibschmerzen und Uebelkeiten zu beseitigen. Wenn in schweren Fällen die Gabe erbrochen wurde, so wurde sie nochmals ordinirt, der Kranke in eine heisse Badestube gebracht und mit Tüchern gerieben. Sobald Erwärmung der Glieder und Röthung des Gesichts bemerkt wurde, verabfolgte er eine zweite Dosis und liess den Pat. in das Zimmer transportiren. In 5 schweren Fällen hat sich das Mittel bewährt.

L. D. Scheffer berichtet über einen Fall, in welchem einem schon pulslosen Patienten durch ein Versehen des Feldschers ein Klysma aus 3 Unzen reinen Kampferöls (144 Grm. Kampfer) gestellt wurde; Pat. verfiel in einen aufgeregten Zustand mit kräftigem Pulse. Die Genesung des Kranken schreibt S. der bedeutenden Anregung der Herzthätigkeit zu.

Mostowitsch theilt mit, dass 1847 vom Arzt Ernst Stepanowitsch Andrejewski ein Mittel zusammengestellt wurde, welches Verf. schon in den Epidemien von 1866, 70 und 72 und in der jetzigen als gutes Anticholericum erprobt hat; seine Zusammensetzung ist folgende: schwefelsaures Chinin 1$^1/_2$ Drachmen 43° Spiritus 7$^1/_2$ Pfund Ol. carum. carvi 45 Tropfen; Ol. citri 54 Tropfen; Tct. nuc. vomic. 6 Drachmen; Tct. trifolii, soviel zu grüner Färbung nothwendig. Von diesem Getränk wird morgens ein grosses Spitzglas genommen.

Vermischtes.

— Ordensverleihungen: Der St. Annen-Orden I. Cl. — den Geheimrath Dr. Schulz, Militär-Medicinalinspector des Odessaer Militär Bezirks und den wirklichen Staatsräthen Dr. Rubez, Militär-Medicinalinspector des Irkutskischen Militär-Bezirks; Dr. Gawrilko, Corpsarzt des 9. Armeecorps. — Der St. Stanislaus-Orden I. Cl. — den wirkl. Staatsräthen Dr. Kulitschenko, Gehilfen des Militär-Medicinalinspectors des Amur-Militärbezirks; DDr. Kriwzow und Mileiko, Corps-Aerzten des 3. resp. 7. Armeecorps; Dr. Popow, Oberarzt des Militärhospitals zu Nowogeorgiewsk. — Der St. Wladimir-Orden III. Cl. — den wirklichen Staatsräthen Dr. Gorbatschowski, Militär-Medicinalinspector des Transkaspi-Gebiets; Dr. Gerich, Oberarzt des Helsingsforser Militär-Lazareths. Der St. Wladimir-Orden IV. Cl. — den wirkl. Staatsräthen Dr. Reipolski, Gouvernements-Medicinalinspector von Poltawa und dem ausseretatmässigen älteren Medicinalbeamten bei dem Medicinal-Departement Marzynkewitsch. Der St. Annen Orden II. Cl. — den Staatsräthen Dr. Buchowzew, stellv. Gouvernements-Medicinalinspector von Ssaratow; Dr. Poretjatkowitsch, stellv. Gouvernements-Medicinalinspector von Bessarabien; Dr. Malinowski, stellv. Gouvernements-Medicinalinspector von Estland. Der St. Stanislaus-Orden II. Cl. — dem wirkl. Staatsrath Dr. Arronet, Gouvernements-Medicinalinspector von Mohilew.

— Verstorben: 1) Am 22. August in Jalta der frühere Oberarzt des 8. Ulanenregiments des Prinzen von Hessen, Dr. K. I. Leonow im 63. Lebensjahre an Paralyse. Der Hingeschiedene beschäftigte sich neben seiner Praxis eifrig mit den Naturwissenschaften und zeichnete sich durch grosse Sprachkenntnisse aus. So beherrschte er die lateinische griechische, hebräische, arabische, persische Sprache, das Sanskrit, sowie fast alle neueren europäischen Sprachen. Seine grosse Bibliothek hat er einem Realgymnasium vermacht. (Wr.) 2) Am 28. August im Jaroslawschen Gouvernements-Landschaftshospital der Landschaftsarzt Al. Michin im 36. Lebensjahre an der Cholera, mit welcher er sich in einer unter seiner Leitung stehenden Dorfs-Cholerabarake inficirt hatte. 3) Am 13. August der Arzt für Abcommandirungen bei der Militär-Medicinalverwaltung in Omsk, M. W. Popow, im 44. Lebensjahre an der Cholera. Er leitete seit dem Auftreten der Epidemie im dortigen Reservebataillon die Cholerabaracke im Lager. 4) In Kiew am 27. August der jüngere Arzt des 42. Infanterie-Regiments Paul Sabello, 35 Jahre alt, an den Folgen einer Oberschenkelfractur, die er sich durch einen Fehltritt beim Aussteigen aus einem Pferdebahn-

wagen zugezogen hatte. Der Verstorbene hat seine Frau mit 4 unmündigen Kindern ganz mittellos hinterlassen. 5) Am 27. August in Kronstadt der jüngere Schiffsarzt der 16. Flottenequipage, Eugen Jadowin, im 34. Lebensjahre. 6) Am 29. Juni der Oberarzt des Bergwesens in Slatoust, Dmitri W. Solowjew am Flecktyphus im 39. Lebensjahre. Der Verstorbene erfreute sich grosser Beliebtheit unter der örtlichen Bevölkerung; sein Ruf als tüchtiger Augenarzt führte ihm Kranke oft aus weiter Entfernung zu. 7) In Wien der ehemalige Professor der Geschichte der Medicin an der Wiener Universität, Dr. F. Seligmann, im 84. Lebensjahre. S. hatte sich schon frühzeitig mit dem Studium fremder Sprachen beschäftigt und beherrschte unter Anderem die persische Sprache in ungewöhnlicher Vollendung. Diese linguistischen Kenntnisse befähigten ihn zu seinen Schriften «De re medica Persarum«, «Ueber 3 höchst seltene persische Handschriften» u. A.

— Im Gouvernement Woronesh ist der Student der militär-medicinischen Akademie I. L. Karnowitsch, welcher zur Bekämpfung der Cholera in den Korotojakschen Kreis abcommandirt war, an dieser Krankheit gestorben.

— Der Privatdocent der militär-medicinischen Akademie und Prosector am Obuchowhospital, Dr. N. W. Petrow, ist, wie verlautet, zum Professor der pathologischen Anatomie am klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna ernannt worden.

— Prof. Dr. Rudolf Virchow ist als Rector der Universität Berlin für das Jahr 1892/93 bestätigt worden. Derselbe hat sich am 9. September n. St. nach Italien begeben, um an der Jubiläumsfeier in Genua theilzunehmen.

— Der Professor des Dorpater Veterinär-Instituts, wirkl. Staatsrath Mag. veter. Semmer, ist zum ordentlichen Mitgliede des Kaiserl. Instituts für Experimental-Medicin ernannt worden.

— Am 21. September begeht der bekannte Syphilidologe, Prof. ord. der militär-medicinischen Akademie W. M. Tarnowski, das 30jährige Jubiläum seiner Lehrthätigkeit. Die Petersburger Aerzte beabsichtigen an diesem Tage zu Ehren des Jubilars ein Diner zu veranstalten.

— Der Privatdocent der militär-medicinischen Akademie Dr. A. W. Jakowlew ist als Prosector beim Lehrstuhl der operativen Chirurgie an der genannten Akademie bestätigt worden.

— Um das Andenken Dr. Moltschanow's, welcher bekanntlich ein Opfer seines Berufes bei den Cholerakravallen in Chwalynsk wurde, dauernd zu bewahren, werden von der Redaction des «Wratsch» Spenden zur Bildung eines «Moltschanow-Capitals» entgegengenommen, welches auf Wunsch der Wittwe des Verstorbenen zur Unterstützung von unbemittelten Studenten der militär-medicinischen Akademie verwandt werden soll. Wie verlautet, beabsichtigt auch die Gesellschaft der Moskauschen Aerzte ein Stipendium auf den Namen des Verstorbenen Dr. Moltschanow bei der Moskauer Universität zu stiften.

— Die Tschernigowsche Landschaft hat den Aerzten und Studenten, welche zur Bekämpfung der Cholera in den Dienst der Landschaft getreten sind, versprochen, falls sie an dieser Krankheit sterben, der Familie jedes Arztes 5000 Rbl. und der jedes Studenten 3000 Rbl. zu zahlen. — Die Moskausche Gouvernements-Landschaft hat ebenfalls im Princip die Bewilligung von Pensionen für die Aerzte und andere im Landschaftsdienste stehende Personen, welche bei der Bekämpfung der Cholera starben, angenommen, jedoch die Bestimmung der Höhe dieser Pensionen auf die nächste ordentliche Versammlung verschoben.

— Die Zahl der Privatdocenten an der militär-medicinischen Akademie hat gegenwärtig bereits die Zahl 60 erreicht. Die meisten derselben (17) haben sich der internen Medicin gewidmet; es folgen dann Geburtshilfe und Frauenkrankheiten (6), Geistes und Nervenkrankheiten (6), Kinderkrankheiten (4 Docenten) u. s. w.

— Das hiesige klinische Militärhospital, welches bekanntlich die von den Professoren der militär-medicinischen Akademie geleiteten Kliniken enthält, in administrativ-ökonomischer Beziehung aber einem selbstständigen, von der Akademie unabhängigen Oberarzt unterstellt ist, wird, wie die «Nowosti» erfahren, wegen der Unzuträglichkeiten, die ein solcher Dualismus verursacht, in Bezug auf seine Administrativverwaltung einer radicalen Reform unterzogen werden. Das Hospital soll sowohl in wissenschaftlicher als auch in administrativ-ökonomischer Beziehung dem Chef der Akademie unterstellt werden; als Gehilfe soll ihm einer der Professoren beigegeben werden, dem auch die Verantwortung für das Oekonomiewesen des ganzen Hospitals übertragen werden wird, während die ökonomische Leitung der einzelnen Kliniken den betreffenden Professoren, welche diese Kliniken leiten, überlassen wird. Bei der Ober-Militär-Medicinalverwaltung wird demnächst dieses Reformproject in einer Commission zur Berathung gelangen, zu welcher unter Anderen der Chef der Akademie und die betreffenden klinischen Professoren hinzugezogen werden.

— Am 8. September wurde das neu ausgebaute Ambulatorium beim Marienhospital eingeweiht. Das Gebäude, welches von dem Hospital isolirt liegt, enthält im unteren Stock 10 Zimmer für die Ambulanz und im obern Stock die Zimmer für die barmherzigen Schwestern. Die Einrichtung der Ventilation, der Heizvorrichtungen, der Dielen (aus Cement), die Closets etc. genügen den strengsten Anforderungen. Zum Verbrennen der verunreinigten Verbandstücke etc. sind besondere Oefen vorhanden.

— Nach den statistischen Daten, welche Dr. Martin für einen Zeitraum von mehr als 40 Jahren gesammelt hat, erweist es sich, dass der Pariser im Durchschnitt nur ein Mal in 2 Jahren sich badet. (Union med.).

— In Boston wird durch Privatwohlthätigkeit im Laufe des Sommers jeden Monat für ca. 500 Dollars sterilisirte Milch auf Verlangen der Arzte an arme Kinder vortheilt, welche an Krankheiten der Verdauungswege leiden.

— Der Specialcorrespondent des «New-York Herald» Stanhope, welcher im Auftrage dieser Zeitung nach Hamburg und Altona sich begiebt, hat sich im Institut Pasteur bei Dr. Hawkin der Schutzimpfung gegen die Cholera unterworfen. Derselbe will, wie er erklärt hat, in Hamburg durch Ausserachtlassung aller Vorsicht die Wirkung der Impfung erproben.

— Der II. internationale Dermatologen-Congress wurde am 5. September n. St. in der Aula der Wiener Universität durch den Präsidenten des Organisationscomités Prof. Kaposi eröffnet, welcher sich in seiner Begrüssungsrede dahin aussprach, das er in der Wahl Wiens zur diesmaligen Versammlung der Dermatologen, sowie in dem zahlreichen Erscheinen auswärtiger Fachgenossen eine spontane Huldigung für den Genius Ferdinand Hebra's, des Schöpfers der naturwissenschaftlichen Dermatologie und der Wiener dermatologischen Schule erblicke. Nach darauf folgenden Begrüssungen des Congresses seitens der Vertreter der Regierung, der Stadt Wien, der Universität und der Wiener dermatologischen Gesellschaft (durch Prof. Neumann) bestieg der Ehrenpräsident des Congresses und Senior der französischen Dermatologen Prof. Hardy aus Paris die Tribüne, um einen Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der Dermatologie zu geben. Noch in derselben Sitzung begann eine lebhafte Discussion über Lepra nach einem Vortrage Prof. Neumann's «Ueber neue Lepraherde in Europa (Bosnien und Herzegowina).

Es hatten sich viele hervorragende Dermatologen zum Congress eingefunden, so aus Frankreich Hardy, Vidal, Gaucher, Barthélemy, Besnier, aus England Hutchinson, Leslie, Crocker, Pringle, Balmano-Squire, aus Deutschland Neisser, Veiel, Köbner, aus Norwegen Boeck, aus Russland Stukowenkow (Kiew) u. A. m. Am 3. Congresstage, welcher mit Ferd. Hebra's Geburtstage zusammenfiel, legten die Congressmitglieder an der Büste des grossen Arztes im Arcadenhofe der Universität einen Lorbeerkranz nieder. Am 10. September wurde der Congress officiell geschlossen, nachdem zum Verhandlungsort für den nächsten im Jahre 1895 abzuhaltenden Congress London und zum Vorsitzenden des Organisationscomités Hutchinson gewählt worden waren.
Mit dem Congress war eine Ausstellung dermatologischer Lehrmittel, Jnstrumente, Apparate u. s. w. verbunden, welche viel Interessantes bot.

— Von dem Ministerium des Innern sind bis jetzt zur Hilfeleistung in 25 von der Choleraepidemie ergriffene Gouvernements und Gebiete des russischen Reiches im Ganzen 149 Aerzte, 5 Aerztinnen, 75 Medicinstudirende, 209 Feldscher und 106 barmherzige Schwestern abcommandirt worden. Die grösste Zahl der Aerzte wurde in's Ssaratow'sche (29), in's Woronesh'sche (18), in's Astrachansche (17) Gouvernement und in den Kaukasus (15) geschickt. Die grösste Zahl Studenten erhielt das Ssamarasche (24), das Nishni-Nowgorod'sche (11) und das Woronesh'sche Gouvernement (10). Von den abcommandirten Feldschern waren 48 im Ssaratow'schen, 31 im Woronesh'schen, 22 im Tobolsk'schen je 16 im Nishni-Nowgorodschen und Charkow'schen Gouvernement thätig. In's letztgenannte Gouvernement wurden auch die meisten barmherzigen Schwestern (26) zur Pflege der Cholerakranken geschickt.

— Von der Gesellschaft des «Rothen Kreuzes» sind seit Beginn der Choleraepidemie bis zum 1. September auf Ansuchen verschiedener Institutionen und einzelner Personen im Ganzen 333 barmherzige Schwestern in verschiedenen Ortschaften zur Pflege der Cholerakranken abcommandirt worden. Ausserdem sind in allen Hospitälern St. Petersburgs, welche Cholerakranke aufnehmen, barmherzige Schwe-

stern der hiesigen Gemeinschaften des «Rothen Kreuzes» als Krankenpflegerinnen thätig.

— Professor Rudolf Virchow hat sich nach seiner Rückkehr aus Russland in Berlin mehrfach recht anerkennend über unser Hospitalwesen, die russischen Aerzte und die Massregeln, welche von Seiten der Behörden und Communal-Verwaltungen gegen die Cholera ergriffen worden, geäussert. In der Sitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft vom 7. September, in welcher die Cholerafrage auf der Tagesordnung stand, empfahl Prof. Virchow dringend die Einführung der Desinfectionseinrichtungen St. Petersburgs und demonstrirte an einer Zeichnung den von dem hiesigen Fabrikanten San-Galli construirten Apparat zur Sterilisirung der Auswurfsstoffe (Fäcalien etc.) der Cholerakranken. Bekanntlich sind diese Kochapparate in St. Petersburg bereits in vielen Hospitälern eingeführt und werden durch dieselben die in dieselben hineingebrachten Dejectionen der Cholerakranken derartig sterilisirt, dass sie ohne Bedenken in die öffentlichen Wasserläufe ohne Gefahr abgeführt werden können. In der neuesten Nummer (38) der «Berliner klin. Wochenschrift» findet sich eine Abbildung dieses San-Galli'schen Apparates nebst einer Beschreibung desselben aus der Feder Prof. Virchow's.

Die Desinfection der Ausleerungen von Kranken durch Kochen ist nun bereits, wie wir aus den Mittheilungen der Hospital-Directoren H. Merke und Dr. Paul Guttmann in der «Berl. klin. Wochenschrift» (Nr. 38) ersehen, im Berliner städtischen Krankenhause Moabit mit bestem Erfolge versucht worden. Die von Dr. Guttmann vorgenommene bakteriologische Untersuchung der im Kochzustande befindlichen Fäcalien ergab, dass schon 1—2 Minuten langes Kochen der Fäcalien ausreicht, um sämmtliche Keime in denselben zu vernichten. Nur ein Uebelstand machte sich beim Kochen der Fäcalmasse mit Kalkwasser geltend: es entwickelt sich ein penetranter, äusserst übler Geruch. Es wurde daher der Versuch gemacht, an Stelle der Kalkmilch das als treffliches Desodorans bekannte übermangansaure Kali den Dejectionen zuzusetzen. Und in der That erwies es sich, dass man durch Zusatz von ¹/₃ Liter 5 pCt. übermangansaurer Kalilösung zu 7 Liter dünnflüssiger Fäcalien im Stande ist, den Kochprocess ohne irgend einen Fäcalgeruch zu bewirken. Bf.

— Die Cholerepidemie in Hamburg weist eine weitere, wenn auch langsame Abnahme auf. Nach den amtlichen Feststellungen sind bis zum 10. September n. St. dort gegen 13,000 Erkrankungen und 5800 Todesfälle an der Cholera vorgekommen. Erkrankungen an der Cholera sind auch in verschiedenen Städten Deutschlands vorgekommen, doch sind sie bis jetzt vereinzelt geblieben. Ein Choleraherd ist ausser in Hamburg und Umgegend nirgends in Deutschland constatirt. In Paris und Havre kommen noch immer Choleratodesfälle vor, ebenso in Antwerpen. Neuerdings ist die Cholera auch in Krakau und Umgegend aufgetreten.

In Russland nimmt die Choleraepidemie immer mehr ab. Nur in den Gouvernements Ssaratow, Samara, Tambow, Woronesh, Ssimbirsk und im Kaukasus kommen noch immer recht viel Erkrankungen und Todesfälle vor.

In St. Petersburg weist die Cholera einen deutlichen Rückgang auf; seit dem 3. September haben die täglichen Erkrankungen nie mehr die Zahl 50 erreicht, die Zahl der Todesfälle schwankt in den letzten Tagen zwischen 11 und 15. Nach den officiellen Bulletins betrug die Zahl der Erkrankungen in St. Petersburg bis zum 9. September Mittags 3502, die der Genesenen 2206 und der Verstorbenen 1048.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 6. September d. J. 5482 (182 weniger als in der Vorwoche), darunter 275 Typhus — (21 mehr), 492 Syphilis — (48 weniger), 13 Scharlach — (9 weniger), 7 Diphtherie — (2 mehr), 18 Masern — (2 mehr), 6 Pocken — (1 weniger) und 388 Cholerakranke (243 weniger.

Vacanzen.

1) Im Kreise Mossalk (Gouv. Kaluga) ist eine Landschafts Arztstelle erledigt. Gehalt 1000 Rbl. jährlich und 200 Rbl. zu Fahrten. Zu dem ärztlichen Rayon gehören 6 Gemeindebezirke. Die Meldung geschieht unter Beifügung der Documente bei der «Мосальская Земская Управа».

2) Von dem Landschaftsamt des Kreises Kaschin (Gouv. Twer) wird ein Arzt für einen ärztlichen Bezirk gesucht. Gehalt 1000 Rbl. nebst freier Wohnung. Adresse: «Кашинская Земская Управа».

3) Für den Flecken Remigola im Kreise Ponewesh (Gouv. Kowno) wird ein freiprakticirender Arzt gesucht. Der Flecken hat gegen 8000 Einwohner und eine wohlhabende Bevölkerung in der Umgegend, wo kein Arzt vorhanden ist. Fixum 180 Rbl. jährlich. Nähere Auskünfte ertheilt der örtliche Apotheker.

4) Es werden vom Tarusa'schen Kreislandschaftsamt (Gouv. Kaluga) für den Fall des Auftretens der Cholera Aerzte (Gehalt 200 Rbl. monatl.), Studenten des 4. Cursus (Gehalt 150 Rbl.) und Feldscher (Gehalt nach Vereinbarung) gesucht. Meldungen per Telegraqh.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 30. August bis 5. September 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
362	266	628	138	41	81	10	9	22	77	74	63	47	39	16	6	5

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 4, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 4, Scharlach 2, Diphtherie 2, Croup 1, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 6, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 147, Ruhr 11, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 72, Tuberculose anderer Organe 1, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 35, Marasmus senilis 18, Krankheiten des Verdauungscanals 102, Todtgeborene 22.

An die Redaction eingesandte Bücher und Brochüren.

Das Pental als Anaestheticum von Prof. Holländer. (Sepabdr.).

Die galvanische Behandlung der Fibromyome des Uterus v. Dr. P. Bröse. Berlin. H. Kornfeld. 1892. Pr. 2 Mrk.

Leitfaden f. med. chemische Curse von Prof. A. Kossel. 3 Aufl. Berlin. H. Kornfeld. 1892. Pr. 2 Mrk.

Therapeutisches Jahrbuch 1891 von Dr. Ernst Nitzelnadel. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1892.

Das medicinische Berlin. Ein Führer für Studirende und Aerzte. Berlin. S. Karger. 1892. Pr. 1 Mrk.

Vorläufiger Bericht über die Miliaria-Epidemie im Bezirk Gurkfeld in Krain von Prof. A. Drasche und A. Weichselbaum (Sep. Abdr.).

Weibliche Aerzte. Eine Studie von S. Binder. Stuttgart. Göschen. 1892.

Aerztliches Handbüchlein für hygienisch-diätetische, hydrotherapeutische, mechanische und andere Verordnungen von Dr. Hermann Schlesinger. Frankfurt a. M. Joh. Alt. 1892. Pr. 2 Mrk. 80.

Матерьялы къ вопросу о болотной лихорадкѣ. Дисс. М. М. Королька. СПб. 1892.

Zur Statistik und Aetiologie des Scorbuts von Dr. Leo Berthenson. Leipzig. S. B. Hirschwald 1892

The Wills eye hospital. Reports for the year ended Dec. 31, 1890 and 1891.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 15. September.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 21. September.

Довв. ценз. Спб. 12 Сентября 1892 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 38 St. Petersburg, 19. September (1. October) 1892

An die Herren Aerzte Livlands.

Im Hinweis auf das im Auftrage des III. Livländischen Aerztetages meinerseits (Dec. 1891) erlassene Circulair, ersuche ich diejenigen Herren Collegen, welche noch im Rückstande sind, mir den fälligen Verschlag pro Sem. I. 1892 betreffend die Zahl der wegen Syphilis behandelten Kranken baldmöglichst zusenden zu wollen.

Dr. H. Truhart — Fellin.

Die Sterblichkeit in Dorpat vom 1. Mai 1891 bis 2. Mai 1892.

Von

Dr. E. Jaesche
in Dorpat.

Bei Abfassung eines Sterblichkeitsberichts für dieses Jahr wird man natürlicher Weise auf Vergleichung mit dem vorhergehenden Jahre hingewiesen, wo wir zum ersten Male einen solchen Bericht zusammenstellen konnten. War derselbe nicht vollständig betreffs aller Krankheiten, die im vorigen Jahre tödtlich verlaufen waren, so war er doch vollständig in Bezug auf die wichtigsten Infectionskrankheiten und auf die ganze Zahl der Todten.

Vergleichen wir nun das Jahr 1891—92 mit dem vorhergehenden, so tritt uns eine auffällige Uebereinstimmung in den allgemeinen Ergebnissen entgegen, während in den Todesursachen eine merkliche Differenz besteht.

Verstorben sind in diesem Berichtsjahre 929 gegen 935 des vorigen Jahres, also 26,5 oder 24,4 vom Tausend der Einwohner, je nachdem wir 35,000 oder 38,000 als Gesammtzahl letzterer annehmen. Das ist eine mässige Ziffer, wie wir sie in einer grösseren Zahl westeuropäischer Städte mittlerer Grösse wiederfinden, während sie in manchen anderen Städten, wo ungünstigere Verhältnisse herrschen, sich höher herausstellt.

Die andere Uebereinstimmung dieses Jahres mit dem vorhergehenden betrifft die angegebenen Todesursachen, wenn wir ihre Gesammtzahl ansehen. Im vorigen Jahre namentlich waren an den herrschenden ansteckenden Krankheiten Verstorbene im Ganzen angegeben 208 und in diesem Jahre gerade auch 208.

Dieses Zusammentreffen ist natürlich ein mehr zufälliges, da in den verschiedenen Krankheiten, welche den Tod verursacht haben, merkliche Differenzen sich zeigen, und bei genauerer ärztlicher Angabe derselben, besonders was die Rubrik «Schwindsucht» betrifft, grössere Unterschiede derselben nicht ausbleiben werden. Mussten wir im Berichte für das verflossene Jahr den Scharlach als Haupttodesursache voranstellen, so ist das in diesem Jahre in noch weit höherem Grade der Fall. Es sind an dieser Krankheit verstorben 112 = 12,0 pCt. aller Verstorbenen, gegen 40 = 4,3 pCt. im Jahre 1891. Das macht 3,2 p. M. aller Bewohner, eine bereits recht erhebliche Ziffer. Es steigerte sich die Häufigkeit der tödlichen Scharlachfälle besonders gegen den Sommer 1891 hin, so dass in einer Woche, vom 2. bis 8. Juni solcher 11 angezeigt wurden. Weiterhin nahmen sie ab und kamen im laufenden Jahre nur immer mehr vereinzelt vor. Ueber die Morbilität in Bezug auf diese Krankheit, ihre Bösartigkeit, die Zahl aller daran Erkrankten können wir leider keinen Aufschluss erhalten. Eine Antwort auf diese so wichtige Frage wird uns die Statistik noch lange schuldig bleiben.

Eigenthümlich für das Jahr 1891—92 ist es, dass auch die Masernkrankheit mehrere Opfer gefordert hat, was in dem vorhergehenden Jahre nicht vorgekommen war. Die Zahl der daran Gestorbenen ist zu 19 angegeben. Wahrscheinlich ist in den tödtlichen Fällen eine Complication mit Lungenleiden hinzugekommen und vielleicht hat dabei ein Einfluss der in diesem Jahre stark verbreiteten Influenza sich geltend gemacht. Der Procentsatz beträgt 2,0 pCt aller Gestorbenen.

Auch der dritte der acuten Hautausschläge, die Pocken sind viel häufiger aufgetreten, als im vorhergehenden Jahre. Verstorben sind daran 45, d. i. 4,8 pCt. aller Todten und gegen 1,2 vom Tausend der Einwohner. Nun wird es sich im Verlaufe des neu angetretenen

Jahres ausweisen, ob dieser Krankheit noch grössere Ausbreitung beschieden ist oder ob vielleicht die rechtzeitige Impfung der Neugeborenen und die Revaccination bei uns bereits so allgemein durchgeführt werden, dass wirklich diesem schlimmen Uebel der Boden zu übermässiger Fortwucherung in energischer Weise entzogen wird. Zu vertrauensvoll dürfen wir darin indess gewiss noch nicht sein, sondern müssen immerhin auf die drohende Gefahr aufmerksam machen.

Die Krankheit welche nächstdem in Bezug auf Todesursache besonders zu berücksichtigen ist, das ist die Diphtheritis. An ihr sind 22 gestorben, gegen 23 im vorhergehenden Berichtsjahre d. i. 2,3 pCt der Verstorbenen. Das zeigt uns, das dieses bösartige Uebel bei uns immer wieder zum Vorschein kommt, aber zum Glück doch nur in sporadischer Weise. Ob seiner epidemischen Verbreitung lediglich allgemeine Umstände entgegen stehen, oder ob dazu auch hygienische Desinfectionsmaassregeln beitragen, können wir noch nicht entscheiden. Jedenfalls aber ist es einigermassen beruhigend, dass letztere auch hier allmählich mehr und mehr in Aufnahme kommen.

Von den 929 Gestorbenen kommen also 2,3 pCt. auf Diphtheritis, wobei wir indess bemerken müssen, dass vielleicht auch einige Fälle von Croup dabei mitgezählt sind.

Die Ruhr hat sich in sehr mässigen Grenzen gehalten, es sind nur 10 Todesfälle, durch sie verursacht, angegeben, noch weniger als im vorhergehenden Jahre, wo diese Zahl 17 betrug.

An Schwindsucht sollen 99 gestorben sein, gegen 111 im Jahre 1891—92, wobei wiederum zu bemerken ist, dass durchaus nicht entschieden werden kann, wie viele Fälle von Tuberculosis in dieser Zahl anzunehmen sind und wie viele auf Rechnung anderer chronischer Brustleiden kommen. Immerhin muss hervorgehoben werden, dass von 1000 Einwohnern unserer Stadt durchschnittlich jährlich 3,0 vom Tausend der Einwohner und 10,6 pCt. der Gestorbenen an solchen Uebeln zu Grunde gehen.

Bemerkenswerth für dieses Jahr ist die Thatsache, dass keine von den andern Krankheiten, die sonst als Todesursachen auch bei uns aufzutreten pflegen, dieses Mal vorgekommen sind. Am Flecktyphus und am Unterleibstyphus ist nur je einer gestorben. Dem Kindbettfieber sind 2 Frauen erlegen, was jedenfalls für die sorgsamere Pflege spricht, die allgemein den Frauen vor und nach der Niederkunft geboten wird.

Schliesslich müssen wir hier noch der Influenza Erwähnung thun, da sie im Laufe dieses Jahres hier recht extensiv geherrscht hat. Ganz so verderblich war ihr Auftreten hier nicht, wie es von manchen anderen Gegenden her berichtet wird, aber doch ist sie am Tode mancher Personen betheiligt gewesen. Besonders gefährlich zeigt sie sich bekanntlich für alte Personen, bei denen sie leicht eine katarrhalische Pneumonie hervorruft. Da aber diese Krankheit auch sonst häufig das Greisenalter nicht verschont, so lässt sich in vielen Fällen nicht wohl entscheiden, ob bei letalem Ausgang die Influenza anzuschuldigen ist, oder nicht. In einer Versammlung, wo ein grösserer Theil der Dorpater praktischen Aerzte vertreten war, ergab die Anfrage, wie viele Todesfälle an Influenza im Laufe dieses Berichtsjahres von ihnen beobachtet seien, dass sie sicher nur in 9 Fällen ihr die Schuld zuschreiben könnten. Unter diesen waren 2 oder 3 bei jüngeren Personen, mit auffälligeren Erscheinungen vorgekommen. Für die ganze Stadt dürften wir also wohl höchstens das Doppelte oder Dreifache an Influenza Gestorbener annehmen.

Indem wir diesen immerhin noch mageren Mortalitätsbericht für das Jahr vom 1. Mai 1891 bis 2. Mai 1892 vorlegen, glauben wir doch aussprechen zu dürfen, dass derselbe für die fernere Mortalitätsstatistik Dorpats nicht ganz bedeutungslos ist. Wir können aber für die fernere Zeit vollständigeren Berichten entgegen sehen; denn die hygienische Commission der Stadtverordneten-Versammlung hat die Bestimmung getroffen, dass fortan bei jedem hier in der Stadt zu Beerdigenden ein vom Arzte ausgestellter specificirter Todtenschein beizubringen sei. Dieser Schein wird die bekannten Angaben über Stand, Alter, Geschlecht u. s. f. sowie über die Todesursache enthalten.

Suggestiv-Therapie.

Von

Oberstabsarzt a. D. Dr. von Corval in Baden-Baden.

Aus den Encyclopädischen Jahrbüchern I. Band, herausgegeben von Professor Eulenberg in Berlin *).

Indem wir den Titel Suggestiv-Therapie für vorliegende Arbeit gewählt, haben wir zugleich ausgesprochen, dass wir uns in Bezug auf die Theorie durchaus der Schule von Nancy anschliessen und somit annehmen, dass sämmtliche Erscheinungen der Hypnose durch Erweckung entsprechender Vorstellungen, besonders Phantasievorstellungen erzeugt werden. Wir halten, im Anschluss an diese Schule und wohl auch im Einverständnisse mit der überwiegenden Mehrzahl der Aerzte, welche sich praktisch mit der Frage beschäftigen, alle hier beobachteten Erscheinungen als durch Suggestion (Eingebung) bedingt, sei es, dass dieselbe beabsichtigt, alsobewusst von einem Fremden, (Fremdsuggestion) geschehe, sei es unbewusst, oder gar von dem Patienten selbst, (Autosuggestion) ausgehend. Am leichtesten wird der Zweck dadurch erreicht, dass der Hypnotiseur mittelst der Sprache mit Bestimmtheit erklärt, dass der zu erzeugende Zustand in demselben Augenblicke, wo diese Erklärung abgegeben wird, vorhanden sei, oder sogleich eintreten würde. (Verbalsuggestion — Einreden).

Redet sich dagegen Jemand selbst etwas ein, so nennen wir das Autosuggestion.

Eine Suggestion kann aber, wie bereits gesagt, auch unbewusst geschehen, oder es kann die entsprechende Vorstellung so schwach oder so kurz im Bewusstsein erscheinen, dass sie sofort wieder aus demselben schwindet, während die Suggestion trotzdem mächtig bleibt. Hierin liegt die Erklärung einer Anzahl von Selbsttäuschungen und unrichtigen Beurtheilungen, und ist es ganz besonders Bernheim's scharfer Logik gelungen, für fast alle derartigen bisher räthselhaften und daher der Wirkung geheimer Kräfte zugeschriebenen Erscheinungen die Erklärung zu finden, vor Allem aber auch zu zeigen, dass alle in der Schule von Charcot demonstrirten Erscheinungen des «grand hypnotisme» nur auf bewusster oder unbewusster Suggestion beruhen.

Mit Recht haben daher verschiedene Forscher wie van Renterghem und von Eden vorgeschlagen den unbestimmten Ausdruck Hypnotismus fallen zu lassen und, wenigstens so weit es sich um Beeinflussen von Krankheiten handelt, nur mehr von Psycho-Therapie oder höchstens psychothérapeutique suggestive zu sprechen. Auf diese Weise wird von vorne herein jedem Missverständnisse vorgebeugt und zugleich bestimmt erklärt, dass es sich nur um eine Einwirkung auf die Psyche und vermittelst dieser auf die rein körperlichen Functionen handele, dass man, um die beabsichtigten Wirkungen zu erzielen, suchen müsse eine genügend entschiedene Einwirkung auf die Psyche zu erlangen, und dass es schliesslich gleichgültig sei, auf welchem Wege man zu solch' einer Macht gelangt, vorausgesetzt, dass der Patient in keiner Weise irgend einen Schaden erleide. Wir glauben hiermit den Standpunkt präcisiren zu können welchen wir bei allen unseren therapeutischen Bestrebungen einnehmen sollten.

Ohne uns in ausführliche, theoretische Erörterungen einzulassen, heben wir doch hervor, dass wir zu bezüglichen kürzeren Betrachtungen im Verlaufe unserer Arbeit noch wiederholt Veranlassung haben werden. Wohl angebracht aber dürfte zunächst ein kurzer geschichtlicher Rückblick sein, der uns vor Allem zeigen soll, dass die Suggestion so alt wie die Menschheit selbst ist, dass dieselbe überhaupt, sei es bewusst oder

*) Obgleich wir in der Regel in unsrer Wochenschrift keine Arbeiten abdrucken, die schon in andern Zeitschriften erschienen sind, glauben wir mit dem vorliegenden Aufsatz, dem Wunsch des Verf. nachkommend, eine Ausnahme machen zu dürfen, da die Eulenburgschen Encyclopädischen Jahrbücher nur einem kleinen Theil unserer Leser zugänglich sein dürften und das vom Verf. ausgezeichnet behandelte Thema immer grössere praktische Bedeutung gewinnt.

Die Redaction der St. Petersb. med. Wochenschr.

unbewusst, eine sehr grosse Rolle gespielt hat und vielfach zu guten, aber eben so oft zu unerlaubten Zwecken benutzt worden ist.

Die Thatsache, dass man durch gewisse Manipulationen besondere psychische Zustände beim Menschen herbeiführen könne, war im Orient seit ältester Zeit bekannt, und wurde mit oder ohne Absicht zu religiösen Zwecken verwendet. Wahrsagen und Krankenheilungen, Wunderkuren aller Art waren um so mehr im allgemeinen Gebrauche, als die alte Medicin sich stets in den Händen der Priesterkaste befand: Anstarren von Amulets an dem Gürtel und der Kopfbedeckung des Hohenpriesters, Heilung durch Handauflegung, Tempelschlaf bei Griechen und Egyptern, Berührung von Heiligthümern, Reliquien, Gebrauch von wunderthätigen Quellen, (Lourdes) sympathetische Curen, Gebetsheilungen, sogar in besonderen Anstalten, etc.

Ueberall bedurfte es des Glaubens, der festen Ueberzeugung, dass man auf diese Weise gesund würde, überall war es nothwendig, dass die Idee der Heilung in die Psyche des Kranken eindringe und feste Wurzel schlage. Haben wir es nicht bei der Wirkung der homöopathischen Streukügelchen, des Kneipp'schen Wasserheilverfahrens u. d. g. auch grösstentheils mit psychischen Wirkungen zu thun, und wer vermag zu bestimmen, ob nicht so manche der vielgebrauchten Arzneimittel ihre unzweifelhafte Wirkung nicht selten gleichfalls durch Vermittelung der Psyche (Suggestion) erreichen, und dass sich dadurch nicht selten die verschiedene Wirkung des gleichen Mittels in den Händen verschiedener Aerzte erklären lässt; ob wir z. B. bei Anwendung der Elektricität nicht selten auch nur mit Suggestiv-Wirkung zu thun haben? Wäre es sonst möglich, dass bei der gleichen Krankheitsform die verschiedenen Beobachter mit den verschiedensten Applicationsweisen und Strömen genau dieselben Resultate erzielen könnten? Wodurch anders als durch Autosuggestion erreichen die Fakirs die vollständige Anästhesie, die Fähigkeit in den unnatürlichen Stellungen tagelang verharren zu können? Sollte es denn so unerklärlich sein, dass es bei besonders empfindlichen Personen gelingt, durch Suggestion vollständige Unempfindlichkeit gegen äussere Eingriffe hervorzurufen, so dass gelegentlich chirurgische und geburtshilfliche Operationen gemacht werden können, ohne dass die betreffenden Personen irgend welchen Schmerz empfinden.

Aus verschiedenen Andeutungen dürfte unzweifelhaft hervorgehen, dass die Suggestion seit undenklichen Zeiten mehr oder weniger bewusst in Verwendung gewesen, ja, dass wir uns derselben auch heute noch vielfach bedienen, oft ohne uns Rechenschaft über das eigentliche Wesen und die Art der Wirkung unseres Vorgehens zu geben, so wie, dass wir zu mancherlei unrichtigen Vorstellungen, zu einem Verkennen der wahren Natur unseres Verfahrens in erster Reihe dadurch verleitet werden, dass wir an der Vorstellung festhalten, es bedürfe zur Wirkung einer Suggestion unbedingt des hypnotischen Schlafes, während es doch unzweifelhaft fest steht, dass nicht wenige Personen eine Suggestion in wachem Zustande leicht aufnehmen und dieselbe zu voller Wirkung gelangen lassen. Zur Klärung der Anschauungen über diese für die ganze Therapie höchst wichtige Frage ist unserer Ansicht nach ganz besonders eine vor Kurzem erschienene Arbeit von Rosenbach geeignet. Die hohe Bedeutung derselben in dieser Beziehung dürfte es rechtfertigen, dass wir etwas auf dieselbe eingehen.

Rosenbach macht den Versuch die verschiedenen Formen der psychischen Therapie abzugrenzen, ihre gemeinsame Wurzel im Gebiete der Vorstellung derjenigen, bei denen sie zur Anwendung kommt scharf darzulegen und den Nachweis zu liefern, dass die durch die reine Form der Suggestion wirkende Therapie streng geschieden werden müsse von der mehr erziehlich wirkenden Behandlung, welche unter Berücksichtigung der Individualität des Kranken die stets vorhandene fehlerhafte, auf unrichtigen Vorstellungen beruhende Innervation durch methodische Belehrung, durch Uebung perverse reagirender Muskeln, durch Kräftigung des Willens und der Widerstandskraft in richtige Bahn zu lenken versucht. (z. B. Behandlung des Stotterns.)

Hypnotische Behandlung sei also die auf physiologische Vorgänge, auf Erregung bestimmter Vorstellungen begründete Therapie, und zeige sich selbe bei denjenigen Krankheiten, resp. Aeusserungen des Krankheitsprocesses wirksam, wo die zu beobachtenden Symptome unter dem Einflusse der Psyche stehen, während sie bei den auf organischen, auf materiellen Veränderungen beruhenden Krankheitsvorgängen höchstens symptomatische Erfolge erzielen könne; es gäbe aber ausser diesen organischen Erkrankungen, die nur beseitigt werden können, wenn die Ursache der Functionstörung behoben wird, eine grosse Reihe anderer, bei denen diese Störung wesentlich auf einer Beeinflussung und Erregung gewisser Vorstellungen beruht, und wo durch Einwirkung auf die Psyche gewisse Empfindungen ausgelöst und gewisse Vorstellungen hervorgerufen werden, die dauernd bleiben können, und bewust oder unbewusst zu Aeusserungen in der motorischen Sphäre führen, welche dann oft als wirkliche Krankheitserscheinungen gedeutet werden.

Wie oft käme es vor, dass nach Ablauf einer gewissen Organerkrankung bestimmte unangenehme Empfindungen, die entweder von den Residuen der Krankheit, noch häufiger aber von dem Nichtgebrauche des betreffenden Organes herrühren, zurückbleiben. Bei gesteigerten Ansprüchen können dann Ermüdungserscheinungen oder abnorme Sensation auf das Fortbestehen der Erkrankung bezogen werden; die perversen Empfindungen steigerten sich mehr und mehr, die Leistungsfähigkeit nehme ab, es stellte sich Hyperästhesie in den das Organ mit dem Centrum verbindenden Bahnen und zuletzt im Centralorgan selbst ein, die unter den Erscheinungen einer wirklichen Erkrankung die Leistungsfähigkeit und die Ernährung des Organismus herabsetzte.

In einer anderen Form wieder bleiben gewisse Reflexmechanismen nach dem Verschwinden des Krankheitsprocesses fortbestehen da sie zur zweiten Natur geworden sind und dem Kranken Kraft oder Wille fehlt, dieselben zu unterdrücken.

Eine dritte Form hierher gehöriger Erkrankungen könne man auch als Vorstellungskrankheiten bezeichnen. Dieselbe liegt vielen Fällen von Hypochondrie und Pathophobie zu Grunde. Hierbei setzt sich in Folge von Lectüre, von Erkrankung eines Nahestehenden, oder von wirklichen abnormen Gefühlen der Gedanke an eine bestimmte Organerkrankung fest. Die Richtung der Vorstellung auf diesen Punkt des Körpers macht nach den Gesetzen der Uebung die Centralorgane so empfindlich, dass von der Peripherie kommende Reize jeder Art, die das bestimmte Organgebiet treffen, stärker und unangenehm empfunden werden. Diese Ueberempfindlichkeit im Gebiete der betreffenden Nerven und ihrer Centralorgane ruft gesteigerte motorische Erscheinungen hervor und damit ist das bisher nur subjective Leiden auch objectiv geworden. Endlich gehört hierher noch die abnorm gesteigerte Feinheit aller Sensationen, bei welcher alle von der Peripherie kommenden Impulse besonders unangenehm empfunden werden, und schnell das Gefühl der Ermüdung in den entsprechenden Organen hervorrufen. Hier liegt das Gebiet der Neurasthenie. Dass auch die Hysterie hierher gehöre, braucht nicht besonders ausgeführt zu werden und haben auch deren Haupterscheinungen in typischen Fällen eine auffallende Aehnlichkeit mit der Hypnose.

In allen diesen Zuständen, sagt Rosenbach weiter, sind die betreffenden Individuen krank, weil ihre Vorstellung und ihr Wille nach gewisser Richtung beeinflusst ist; sie wären nicht krank, wenn ihre Vorstellungen in andere Bahnen gelenkt, oder ihrem Denken und Empfinden ein anderer Inhalt gegeben werden könnte. Sie sind gesund solange sie ihre Gedanken ablenken können, sobald sie an die Heilwirkung einer ärztlichen Vorschrift, oder eines Verfahrens glauben, im Gegensatze zu wirklich Kranken, deren Leistungsfähigkeit in der beschränkten Leistung ihrer kranken, und darum insufficienten Organe, trotz aller hoffnungsreichen Vorstellungen, die enge, und trotz aller Willenskraft unüberschreitbare Grenze findet. . . .

Krankheiten, die in der Vorstellung bestehen oder durch Vorstellungen wesentlich beeinflusst werden, sind aber nur durch psychische Beeinflussung zu heilen; die Waffe, die die Wunde schlug, hilft zur Genesung. Die in den Stoffwechsel gelangenden Mittel aber, die durch körperliche Beeinflussung heilen, indem sie wirkliche, directe, chemische Einwirkung üben, unterscheiden sich dadurch, dass sie wirksam sind, ohne das der Patient von ihrer Einwirkung Kenntniss zu haben braucht, und dass sie ihre Wirkung trotz gegentheiligen Willens der Patienten erfüllen müssen. Vorstellungskrankheiten dagegen können nur geheilt werden, wenn der Kranke einen activen Antheil an der Heilung nimmt, wenn er entweder aus eigener Initiative, dem eigenen Wunsche folgend, oder scheinbar passiv, in Wirklichkeit doch activ, seinen Vorstellungsinhalt im Sinne dieses Bestrebens ändert, und so, anscheinend durch den Willen einer anderen Person, in Wirklichkeit natürlich durch seinen eigenen, zu bestimmten Gedanken und Handlungen Veranlassung erhält. . . .»

(Fortsetzung folgt).

Referate.

Prof. Erismann: Zur Frage über die Gefahr für das medicinische Personal durch die Cholera. (Wratsch Nr. 36. 1892, [russisch]).

In bekannt fesselnder Weise bringt unser Moskauer Hygieniker heute einen Aufsatz, der die gegentheilige Morbiditätsfrequenz seitens des ärztlichen Personals bei Flecktyphus und Cholera illustriren und zum besseren Verständniss des Wesens der letzteren dienen soll.

Es ist eine noch wenig bekannte Thatsache, dass Militärärzte im Kriege häufiger erkranken und in grösserem Pro-

centverhältnisse sterben als Officiere. Von den Infectionskrankheiten ist es bei uns besonders der Flecktyphus, welcher die wüstesten Verheerungen unter dem ärztlichen Personale angerichtet hat; dieses hat nicht nur der letzte türkisch-russische Krieg, sondern auch noch die kaum erloschene Epidemie gegen Anfang des Jahres bewiesen. Erismann hat den russisch-türkischen Krieg in der Eigenschaft als Präsident des Sanitätscorps in Rumänien und Bulgarien mitgemacht und dort eine Reihe interessanter statistischer Daten gesammelt. Nach ihnen erkrankten bei Jassy am T. exanthem. in der ersten Hälfte des Januar 79 pCt. aller Hospitaldiener; 66,7 pCt. aller Heilgehilfen und von 8 Aerzten lagen zur Zeit eines Besuches des Autors 7 krank; alle barmherzigen Schwestern hatten die Krankheit durchgemacht, von 16 blieben nur diejenigen am Leben, welche in der Wirthschaft beschäftigt gewesen waren. In einem anderen Hospital bei Jassy erkrankten am Flecktyphus 60 pCt. der Aerzte, 100 pCt. der Schwestern, 80 pCt. der Heilgehilfen und 60—70 pCt. des unteren Pflegepersonals.

In Frateschty erkrankten von 10 Aerzten 3 und starb einer; ausserdem erkrankte jeder neueingetroffene Arzt obligatorisch 2—3 Wochen nach seiner Ankunft; von den Schwestern 82 pCt., von den Heilgehilfen 82 pCt. Aus der Zahl des Pflegepersonals erkrankten 427 Personen; von 300 Pflegedienern bei Eröffnung des Hospitals, verblieben zum Schluss nur 7. Alle übrigen waren theils am Flecktyphus gestorben, theils krankheitshalber in die Heimath zurückgeschickt worden.

In Simnitzi grassirte die Epidemie unter dem Pflegepersonal dermassen, dass behufs Uebernahme der Krankenpflege häufig aus den Reservebataillonen Soldaten requirirt werden mussten, welche dann ihrerseits ebenfalls erkrankten. Aehnliches passirte in Sistowo und Rasgrad; an letzterem Orte musste von Anfang des Krieges bis zum Mai 1878 3 Mal das Pflegepersonal vollständig neu completirt werden. In Bela erkrankten von 18 Aerzten 16. Bei St. Stefano erkrankten fast alle Aerzte an Flecktyphus und Recurrens, so dass zuweilen ein gesunder Arzt 500 Patienten zu besorgen hatte; von 14 Schwestern erkrankten alle am Typhus (?), starben 2 und das Wartepersonal musste 4 Mal neu completirt werden. — Das sind die Zahlen, die der Krieg ergeben hat; aber sie weichen kaum von denjenigen ab, die bei Epidemien im Frieden beobachtet werden. Daraus folgt, dass der Flecktyphus durch seine Infectiosität die grösste Gefahr für das medicinische und für das Pflegepersonal darbietet.

Verf. geht hierauf auf die Cholera über, erwähnt die in der ausländischen Literatur verzeichneten Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken über Aerzte und Pflegepersonal bei der Cholera und weist auf die minime Zahl der bisher bekannt gewordenen Opfer hin, welche die Epidemie in dieser Hinsicht in Russland gefordert hat. Selbst an einem Orte wie Baku waren zur Zeit der Höhe der Epidemie, im Juli, alle 13 zugereisten Aerzte und 8 Studenten gesund. Daraus folgt, dass der Cholerakranke als solcher nicht gefährlich für seine Umgebung ist und in seinem Körper nicht das fertige krankmachende Agens producirt; vielmehr erreicht dieser Keim erst dann dasjenige Entwicklungsstadium, in welchem er das Individuum krank macht, wenn er unter günstige äussere Bedingungen kommt. Somit ist nicht der Kranke, sondern der Ort gefährlich. Das medicinische Wartepersonal eines Hospitals kann erst dann gefährdet werden, wenn der Ort, auf welchem dasselbe liegt günstige Bedingungen für die Entwicklung des Keimes besitzt. Die Litteratur beweist, dass Aerzte und Pflegepersonal solange ungestraft ihren Pflichten nachgehen konnten, als der gegebene Ort frei blieb von localen Erkrankungsfällen. Fälle von Infection wurden erst dann beobachtet, wenn die Krankheit in Häusern und Strassen auftrat, welche in der Nähe des Hospitals lagen.

Es ist daher kein Grund vorhanden den Kranken zu fürchten, wohl aber den Ort, an welchem die Cholera Neigung zur epidemischen Ausbreitung zeigt. Beginnt in Indien in einem Cholerahospital das Wartepersonal zu erkranken oder eine Hausepidemie sich zu manifestiren, so wird das Hospital in eine cholerafreie Gegend übergeführt. — Endlich kommt Verf. zu dem Schluss (wobei ihm wohl so mancher beistimmen wird, der Gelegenheit gehabt hat, mit Cholerakranken in dauernde Berührung zu kommen), dass in der Aetiologie, in der Verbreitungsweise der Cholera und in dem Kampfe mit ihr, durchaus nicht alles so einfach und verständlich ist, wie diejenigen glauben, die in dem Cholerabacillus den reifen Cholerakeim erblicken und ausschliesslich ihn allein zu vernichten bestrebt sind, um ersterer Herr zu werden.

Ref. möchte nicht unterlassen im Anschluss und zur Beleuchtung obiger Ausführungen Erismann's, an dieser Stelle einige Zahlen anzuführen, welche im St. Petersburger städtischen Obuchowhospital gesammelt sind. Im August, zur Zeit des Höhestadiums der eben abnehmenden Epidemie waren in genanntem Hospital ca. 120 Betten von Cholerakranken eingenommen. Täglich beschäftigt waren in den Cholerabaraken: 7 Aerzte, 3 Heilgehilfen, 8 Schwestern und ca. 60 Personen Wartepersonal und Bedienung (Wäscherei und Küche ausgeschlossen). In Summa also ca. 80 Personen. Von ihnen ist bisher nur eine Wärterin an der Cholera gestorben und je 2 Aerzte und Pfleger waren für einige Tage an einer acuten Enteritis (specifisch?) erkrankt. Kallmeyer.

G. Leopold: Zwei Symphyseotomien mit glücklichem Ausgang für Mutter und Kind. (Centralblatt f. Gyn. 1892. Nr. 30).

Robert Müllerheim: Ueber die Symphyseotomie. (Ibidem).

Mit Einführung der Symphyseotomie in die Praxis der deutschen Gynäkologen durch oben genannte Autoren, von denen übrigens Müllerheim die Priorität gehört, dürfte die auf der Tagesordnung stehende Frage von der Zulässigkeit des Kaiserschnitts bei relativer Indication eine neue Beleuchtung erfahren. Leopold, der selbst glänzende Resultate bei zahlreichen Kaiserschnitten aufzuweisen hat, spricht sich, offenbar ganz unter dem Eindruck zweier für Mutter und Kind mit glücklichem Ausgang ausgeführter Symphyseotomien, dahin aus, dass der Kaiserschnitt ganz bedeutend einzuschränken und in dasjenige Gebiet zurückzuverweisen ist, wohin er von jeher gehört hat, auf die Fälle von absoluter Beckenenge (6 Cm. Conj. vera und darunter bei ausgetragenen Früchten).

Die Operation selbst wird seit etwa 25 Jahren in Italien geübt und ist durch die Arbeiten Morisani's den deutschen Geburtshelfern bekannt. Letztere verhielten sich aber sehr skeptisch gegen die Operation. Erst die neueste Publication Pinard's gab den Anstoss zur Ausführung der ersten drei Operationen in Deutschland, deren Ausführung keineswegs schwer ist. Leopold beschreibt sie folgendermassen: Lagerung der Gebärenden mit vorstehendem Gesäss auf einen Tisch, nachdem alles zur Entbindung durch Zange oder Wendung bereit gemacht ist. Zwei Assistenten halten die Beine unter den Knien, diese ein wenig gespreizt und drücken mit der freien anderen Hand die Trochanteren fest zusammen. Hautschnitt von dem oberen Rand der Schamfuge bis 1 Cm. oberhalb der Clitoris. Durchtrennen der Weichtheile bis zum Gelenk und quere Durchtrennung der Ansätze der Musculi recti nur so breit, dass der linke Zeigefinger hinter die Schamfuge gelangen kann. Leicht gleitet er an dieser hinten herunter, bis zum Lig. arcuatum und nun durchtrennt man mit geknöpftem, sichelartigem Messer langsam das Gelenk. Sofort gehen die beiden Knochenenden auf 3 Cm., bei vorsichtiger Spreizung der Kniee und gering nachlassendem Trochanterendruck auf 7 Cm., jedenfalls so weit aus einander, dass der grosse Kopf sofort in den Beckeneingang gedrängt und mittels hoher Zange leicht entwickelt werden kann. Sofort drücken nun die beiden Assistenten die Rollhügel so fest wieder aneinander, dass sich die Gelenkenden berühren. Mit Silberdraht oder stärksten Seidenfäden werden sie gleichzeitig mit den Weichtheilen an einander gezogen und vernäht und die übrige Wunde geschlossen. Ein fester, mit Schnalle versehener, breiter Gurt hält in den nächsten drei Wochen das Becken zusammen und wird, je nachdem, täglich fester angezogen. Das Lig. arcuat zu durchtrennen hält Leopold für überflüssig, in einigen Fällen genügt sogar eine unvollständige (halbe oder dreiviertel) Durchtrennung der Symphyse da auch schon so ihre oberen Enden auf 3 Cm. auseinandergehen. In beiden Fällen hatte es Leopold mit allgemein verengten, platten Becken von $6^3/_4$ Cm. Conj. vera. zu thun. Die Heilung erfolgte ohne Störung des Gehvermögens.

In dem Falle von Müllerheim erfolgte die Geburt spontan durch die kräftigen Wehen sofort nach Ausführung der Symphyseotomie, es wurde nur noch der Ritgen'sche Handgriff zu Hilfe genommen. M. hält die Anlegung eines Esmarch-schen Schlauches um das Becken, in der Höhe zwischen Darmbeinkämmen und Trochanteren nach Ausführung der Operation für erforderlich, als Schutzvorrichtung gegen zu kräftige Wehen oder zu energische Art der Entbindung. Auch er bezeichnet die Ausführung der Operation als leicht und betont die Ungefährlichkeit des Eingriffs im Vergleich zum Kaiserschnitt. Er ist noch erlaubt, wenn die Blase längst gesprungen, vielleicht Infection eingetreten ist und Cervixdehnung sich entwickelt hat. Letztere drei Umstände compliciren nicht nur den Kaiserschnitt, sondern trüben auch seine Prognose bedenklich. W. Beckmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

B. Naunyn (Strassburg i. E.): Klinik der Cholelithiasis. Mit 3 farbigen und 2 Lichtdruck-Tafeln. Leipzig. Verlag von F. C. W. Vogel. 1892.

Unter den verdienstvollsten litterarischen Erzeugnissen der Gegenwart gebührt der vorliegenden Monographie Naunyn's wohl ein hervorragender Platz; von Meisterhand abgefasst

bietet das Werk eine Fülle neuer Untersuchungsresultate und anregender Gedanken, so dass das Interesse des Lesers von Anfang bis zu Ende gefesselt wird. Da wir bei der Fülle des Materials auf Einzelheiten hier nicht weiter eingehen können, wollen wir uns begnügen eine ganz gedrängte Inhaltsübersicht zu geben. Zunächst werden die einzelnen Arten der Gallensteine, ihre Fundorte und chemischen Bestandtheile, ausführlich beschreiben. Dann folgen die interessanten Untersuchungen der Naunyn'schen Schüler zur Physiologie der Gallenabsonderung, welche alle demselben Ziele zustreben, eine einheitliche Theorie der Gallensteinbildung zu begründen. Nachdem Verf. seine wissenschaftlich festgestützte Theorie der Concrementbildung eingehend besprochen hat, geht er zu den klinischen Erörterungen über die Ursachen der Cholelithiasis über. Unzweifelhaft spielt bei der Gallensteinbildung die Gallenstagnation eine hervorragende Rolle. Durch dieselbe ist die Möglichkeit des Eindringens von Mikroorganismen gegeben; die in die Galle eindringenden Bakterien verursachen eine Cholangitis, welche durch den Schleimhautzerfall Ursache der Concrementbildung wird. In einem Falle wurden die Bacillenconglomerate selbst als Kerne von Gallensteinen nachgewiesen. Möglich bleibt noch die Annahme, dass die Galle selbst, als heftiges Protoplasmagift, bei längerer Berührung mit der Schleimhaut — auch ohne Bakterien — zum steinbildenden Katarrh Veranlassung giebt. Die nächsten Capitel sind der klinischen Symptomatologie gewidmet. Verf. giebt ein erschöpfendes Bild des regulären wie des unregulären Verlaufes der Gallensteinkrankheit. Zum Schlusse bespricht Verf. die Therapie. Vor allem kommt es darauf an, die Gallenstauung zu verhindern: Alles was in Lebensweise, Tracht, gymnastischen und hydrotherapeutischen Proceduren hierfür in Betracht kommt, wird ausführlich gewürdigt. Eine wesentliche Beförderung des Gallenflusses sieht Verf. in einer guten Blutcirculation der Bauchorgane und in der Darmperistaltik, wie sie durch regelmässige Mahlzeiten, lauwarme salinische Wässer, auch durch Rectaleingiessungen hervorgerufen werden. Hierauf beruht auch der Effect von Karlsbader Curen. Auch die chirurgische Therapie wird einer eindringenden Kritik unterworfen. Verf. ist geneigt den chirurgischen Eingriff auch bei einfacher Gallenblasenektasie zu empfehlen, besonders wenn heftige Beschwerden der Cholelithiasis bestehen. Abelmann.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Eine Methode zur Vereinfachung der bakteriologischen Diagnostik der Diphtherie giebt M. Sacharow an. Er empfiehlt für die bakteriologische, diagnostische Cultur der Mikroorganismen aus den Membranen das gekochte Hühnereiweiss. Nachdem man von einem frischen und hart gekochten Hühnerei vorsichtig, ohne das Weisse mit den Fingern zu viel zu berühren, die Schale entfernt hat, schneidet man mit geglühtem Messer längliche Stücke aus dem Weissen heraus und legt sie in sterile Gläschen, in denen einige Tropfen sterilen Wassers sich befinden, welche eine Austrocknung des Eiweisses verhindern. Mittelst einer Platinnadel zieht man nun ein kleines Stück der Membran in parallelen Strichen über das Eiweissstückchen hinweg. In 24 Stunden entwickeln sich bei 37° kleine runde Colonieen von convexer Gestalt, sie sind weisser, als die Farbe des Nährbodens, nehmen allmählich aber einen Stich in's Röthliche an. Das Mittel soll der Praxis besonders empfohlen werden.

(Annal. de l'Instit. Pasteur, Tome VI, Nr. 6).

— Auf dem XIV, Balneologen-Congress zu Berlin trug Dr. Schubert (Reinerz) seine weiteren Erfahrungen über den Aderlass bei Bleichsucht und Blutarmuth vor. Verf. hat diese Methode seit 2 Jahren an 40 Patienten mit bestem Erfolge angewandt; üble Zufälle sind nie eingetreten. Die Besserung tritt häufig nicht schnell ein, sondern erst nach 8—14 Tagen, während welcher manchmal kleinere Zwischenfälle vorkommen; bei sehr vorgeschrittenen Fällen, wo bereits Degeneration wichtiger Organe eingetreten ist, bleibt sie ganz aus. Prognostisch ist von grosser Wichtigkeit das Eintreten des kritischen Schweisses, da der Erfolg nicht eintritt, wenn der Körper kalt und trocken bleibt. Die Besserung hält nicht immer an, oft ist ein wiederholter Aderlass nothwendig. Schubert entzieht pro Pfund Körpergewicht ca. 1 Gramm Blut, bei sehr schwachen Personen ½ G.; die Wirkung unterstützt er durch schweisstreibende Mittel. Eine etwaige Wiederholung geschieht nach 4—8wöchentlicher Pause.

(Wiener medic. Presse 1892. Nr.Nr. 23. 24).

— Schlesinger theilt 3 Beobachtungen von der zuerst in Amerika beschriebenen Chorea chronica hereditaria mit und gelangt zu folgenden Schlussfolgerungen. Es giebt eine hereditäre Chorea, die in der Regel im vorgerückten Alter beginnt, von der aber einzelne Familienglieder schon in jüngeren Jahren ergriffen werden können. In der Regel findet Vererbung von Generation zu Generation statt; ausnahmsweise kann aber eine Generation völlig übersprungen werden. Das Leiden ist progressiv, es wird durch eine selbst frühzeitig eingeleitete Arseneur nicht beeinflusst.

(Zeitschr. f. kl. Medicin. Bd. XX.).

— In der «Berliner klinischen Wochenschrift Nr, 49 1891» beschreibt Paul Guttmann einen Fall von Leukaemia acutissima, der in 5 Tagen tödtlich verlief. Das Verhältniss der weissen Blutkörperchen zu den rothen betrug 1 : 1,4; die ersten Symptome der Krankheit waren Nieren- und Hautblutungen; dieselbe wurde beendet durch Hirnblutung. Die Thymusdrüse war hochgradig geschwellt, während die Milz — in Folge des sehr raschen Ablaufs der Leukaemie — nicht sehr vergrössert war. Die Aetiologie des Falles ist völlig dunkel. Impfversuche mit Milzstückchen fielen negativ aus.

— Gallavardin fand die Behandlung der Variola durch Fernhaltung des Sonnenlichts für äusserst vortheilhaft. Diese Methode der Behandlung soll die Eiterungsperiode der Krankheit unterdrücken und die Heilung begünstigen. Die Pockenkranken werden in ein dunkles, gegen das Sonnenlicht vollständig abgeschlossenes Zimmer gebracht und verweilen dort während der ganzen Krankheitsdauer (Lyon medic. Juni 1892). Maurice Coste (Marseille) empfiehlt die Pockenpusteln folgendermassen zu behandeln: Das Gesicht wird mit einem Stück Borlint bedeckt, welche mit 4 Oeffnungen, entsprechend den natürlichen Oeffnungen dieser Gegend, versehen ist. Es wird trocken auf's Gesicht gelegt, alsdann mittelst eines Zerstäubers mit Borwasser befeuchtet. Auf diese erste Schicht legt er noch ähnliche, die gleichfalls mittels Zerstäubers imbibirt werden und füllt alle Vertiefungen der Gesichtsfläche mit Borwassertampons aus, um an diesen Stellen eine vollkommene Anlagerung der Borlintschicht zu erhalten. Die verschiedenen Schichten werden dann mit einem Stück Gummitaffet bedeckt, und das Ganze mit einer Gazebinde zusammengehalten. Der Verband wird beim Beginn der Eruption aufgelegt und bleibt bis zum Abfall der Borken liegen. In der Zwischenzeit wird der Verband feucht gehalten, indem der Gummitaffet abgenommen und der Lint alle 4—5 Stunden mit dem Borwasser befeuchtet wird. Bei diesem Verfahren wird die Entzündung der Pusteln sehr gemildert und es bleiben nie Narben zurück. Diese Behandlungsmethode beschleunigt auch den Abfall der Borken.

(Bull. gén de Thérap. 30. April. 1892).

— Lior untersuchte den Bakteriengehalt der Milch bei Anwendung einiger in der Kinderernährung zur Verwendung kommender Sterilisationsverfahren. Er prüfte den Keimgehalt von Milch vor, sowie nach der Sterilisation im Milchkocher (½ Stunde lang) und im Soxhlet'schen Kochapparate. Es wurde nun zwischen dem Keimgehalt der einfach aufgekochten und der im Milchkocher gekochten Milch kein durchgreifender Unterschied gefunden; dagegen sehr starke Schwankungen, sowie dieselbe in vorher nur sauber gespülte, nicht sterilisirte Milchflaschen umgeschüttet worden. Es ergiebt sich hieraus, wie wichtig es ist, bei Verwendung eines Milchkochers diesen selbst zugleich als Aufbewahrungsgefäss zu benutzen und die in ihm sterilisirte Milch nicht in andere Gefässe umzugiessen.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde XXXIV. 1).

— Bieganski untersuchte die im Blute unter Wirkung des Syphilisgiftes vor der Quecksilberbehandlung, sowie die nach und während der Behandlung auftretenden Veränderungen. Seine Erfahrungen fasst der Autor in folgenden Schlussätzen zusammen: 1) unter der Wirkung des Syphilisgiftes verändert sich sehr lange Zeit die Zahl der rothen Blutkörperchen überhaupt nicht und bleibt normal. 2) Dagegen nimmt die Zahl der weissen Blutkörperchen erheblich zu. 3) Von diesen vergrössert sich hauptsächlich die Zahl der kleinen einkernigen Blutkörper. 4) Der Haemoglobingehalt sinkt unter dem Einflusse des Syphilisgiftes. 5) Unter der Wirkung des Quecksilbers unterliegt die Zahl der rothen Blutkörperchen zahlreichen Schwankungen, während 6) die Zahl der weissen abnimmt, so dass das Verhältniss der weissen zu den rothen Blutkörperchen annähernd normal wird. 7) Der Haemoglobingehalt wächst unter der Wirkung des Quecksilbers. 8) Bei der Anaemie, die nach der Darreichung grosser Quecksilbermengen auftritt, sind die rothen Blutkörperchen einer Veränderung unterworfen, die hauptsächlich ihre Beschaffenheit betrifft, (Zerfall der Körperchen, Megalocyten, Mikrocyten).

(Arch. f. Dermat. und Syph. Heft 1. 1892).

Der IV. livländische Aerztetag

wurde in Wenden am 14. Sept. 1 Uhr im Locale des Gewerbevereins durch den Herrn Kreisarzt Gaehtjens eröffnet. Nach Verlesung des Kassenberichtes wurde einstimmig beschlossen, den nächsten Aerztetag in Dorpat abzuhalten, wobei die Zeit der Versammlung erst in einer spätern Sitzung bestimmt werden sollte. Zum Präsidenten wurde wiederum Dr. Truhart-Fellin, zum Kassirer Dr. Ströhmberg-Dorpat und zum Secretär Dr. Dehio-Rothenberg gewählt. Hierauf

begrüsste der Präsident die Versammlung und gedachte des seit dem letzten Aerztetage der Gesellschaft durch den Tod entrissenen Dr. Schulz und Medicinalinspector Hess, deren Andenken von den Anwesenden durch Erheben von den Sitzen geehrt wurde. Zur Verhandlung kamen in der ersten Sitzung die Leprafrage und die Hospitalfrage. Herr Prof. Dehio theilte in dem Berichte über die Wirksamkeit der «Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra» mit, dass die genannte Gesellschaft, die bereits 354 Mitglieder zählt, ihre Thätigkeit auch auf Estland auszudehnen ermächtigt worden sei und machte weiter sehr erfreuliche Mittheilungen über die bereits eröffneten Leprosorien von Muli (bei Dorpat) und Nennal; ersteres (von Dr. Gerlach geleitet) hat bereits 25 Kranke aufgenommen, letzteres (unter Leitung von Dr. Walter) ist für die Aufnahme von 40 Patienten eingerichtet. Im Anschluss hieran berichtete Dr. Reissner über das Leprosorium bei Riga und über die in demselben angestellten Heilversuche mit Tuberculin, Salicylsäure etc. In der Discussion wurden hauptsächlich die Fragen der Zwangsaufnahme, der Anzeigepflicht und der Sammlung zuverlässiger Daten über die Ausbreitung der Lepra verhandelt. Zum zweiten Thema, zur Hospitalfrage, gaben die Herren DDr. Müller und Katterfeld sehr eingehende durch Vorzeigung von Plänen und Modellen erläuterte Referate. Die Cholerafrage musste wegen Zeitmangels auf den nächsten Tag verschoben werden. Nach dem gemeinsamen Mittagsmahl in der «Musse» begann um ½6 Uhr die zweite Sitzung. Abends fand eine gemeinsame Vereinigung in den gastlichen Räumen der «Musse» statt. Nach dem Verlauf des ersten Tages zu urtheilen, wird der diesjährige Aerztetag an wissenschaftlicher Arbeit und an geselligem Genuss den vorhergehenden gewiss nicht nachstehen, obwohl die Zahl der Theilnehmer diesmal — wohl auch wegen der Choleraepidemie — eine geringere ist als in früheren Jahren. Bei der Eröffnung waren ca. 65 Herren anwesend, darunter manche Gäste aus Estland, Kurland und St. Petersburg. Die Berichte über die Verhandlungen werden baldmöglichst gebracht werden.

15. September 1892. B.

Vermischtes.

— Dem Professor der Chirurgie und preussischen General-Arzt 1. Classe, Dr. Ernst v. Bergmann ist, wie dem «Rig. Tagebl.» aus Berlin geschrieben wird, von Sr. Majestät dem Kaiser von Russland der St. Annenorden 1. Classe verliehen worden. Die Insignien des Ordens sind ihm am Vorabend einer Familienfestlichkeit, der Hochzeit seiner ältesten Tochter mit einem preussischen Gardeofficier, durch den Botschaftsrath Grafen Murawjew überreicht worden. Bekanntlich besitzt Prof. v. Bergmann den St. Stanislaus-Orden 1. Classe bereits seit 14 Jahren. Er erhielt ihn nach dem russisch-türkischen Kriege, wo er als Chefarzt für Chirurgie thätig gewesen war, als er seinen Abschied aus dem russischen Staatsdienste nahm, um aus Dorpat nach Würzburg überzusiedeln.

— Der Privatdocent der Kiewer Universität und Prosector der pathologischen Anatomie, Dr. I. I. Ssudakewitsch, ist an Stelle des Prof. Winogradow zum Professor der pathologischen Anatomie an der Universität Tomsk ernannt worden.

— Verstorben: 1) Der Landschaftsarzt des Ssudsha'schen Kreises (Gouv. Kursk), I. I. Chitrowo im 33. Lebensjahre an der galopirenden Schwindsucht. 2) Im Flecken Krjukowo der frühere Pirjatinsche Landschaftsarzt A. I. Gulenko im 37. Lebensjahre an Aneurysma Aortae. Obschon der Verstorbene durch seine unermüdlichen Bemühungen in seinem Bezirke im Laufe von 10 Jahren eine regelrechte Ambulanz und ein kleines Krankenhaus, in welchem er hauptsächlich chirurgische Fälle behandelte, geschaffen hatte, so musste er doch in Folge von Intriguen im Jahre 1890 den Landschaftsdienst quittiren und sich in der letzten Zeit mit einem kleinen Posten bei dem Intendantur-Depôt in Krjukowo begnügen. Er hat seine Familie ganz mittellos hinterlassen und ist dieselbe daher ganz auf die ärztliche Unterstützungscasse angewiesen, deren Mitglied der Verstorbene glücklicherweise war. (Wr.) 3) Der Oberarzt des 2. Rostow'schen Grenadier-Regiments I. A. Issakow. 4) Der Oberarzt des Militärlazareths in Nachitschewan Alfred Kowalski. 5) Am 4. September bei Brünn der Director der Mährischen Landesirrenanstalt Dr. Joseph Scharff, einer der hervorragendsten Irrenärzte Oesterreichs und der Reformator der Irrenpflege in Mähren, im Alter von 50 Jahren.

— Die Aerzte, welche bei der St. Petersburger städtischen Sanitätscommission angestellt sind, beabsichtigen auf Initiative der Dr. Lipski, Porzel u. A. eine eigene Leih- und Sparcasse zu gründen. (Russk. Shisn. — Wr.).

— Der Ssamarasche Arzt W. O. Portugalow hat seine Gage, die er als Choleraarzt bezog, zum Besten der Waisen von armen Leuten, welche an der Cholera gestorben, gespendet.

— In Busuluk (Gouv. Ssamara) ist der dortige Arzt Dr. S. S. Sagorski an der Cholera erkrankt.

— In Uebereinstimmung mit der Resolution des Kriegsministers ist von der militär-medicinischen Akademie der Beginn der Schlussprüfungen für die in die Choleragegenden abcommandirten Studenten des letzten Cursus der genannten Akademie auf den 7. Januar 1893 verlegt worden.

— Die Kliniken sowie die übrigen Gebäude der militär-medicinischen Akademie werden in diesem Herbst statt der bisherigen Gasbeleuchtung elektrische Beleuchtung erhalten. Der Bau der elektrischen Station, welcher beinahe vollendet ist, kostet mit den elektrischen Lampen zusammen 450,000 Rbl.

— Am 1. September wurden auf dem Jungfernfelde in Moskau zwei neu erbaute Kliniken, die therapeutische Hospitalklinik und die chirurgische Klinik des Prof. Kusmin, eröffnet. Die Einrichtungen beider Kliniken entsprechen allen Anforderungen der Wissenschaft.

— Trotzdem die Choleraepidemie in St. Petersburg in starker Abnahme begriffen ist, beabsichtigt die Stadtverwaltung die jetzige verstärkte Sanitätsaufsicht in der Residenz noch ein Jahr in Kraft zu belassen. Auf Vorschlag des Stadthauptmanns v. Wahl wird sogar die Zahl der Sanitätsärzte von 11 auf 26 erhöht, wozu ein Credit von 18.000 Rbl. bewilligt worden ist. Ausserdem hat die Stadtverwaltung beschlossen, in Anerkennung des Opfermuthes und der bewundernswerthen Hingebung, mit welcher die in den Cholerabaracken angestellten Aerzte gearbeitet haben, denselben zu Extragratificationen 10,000 Rbl. zu bewilligen, von denen jedem Arzte 4 Rbl. Diäten täglich gezahlt werden sollen. Auch die Feldschere, barmherzigen Schwestern und das sonstige medicinische Personal sollen Ergänzungshonorare erhalten.

— Vom 15. bis 17. September n. St. tagte in Brüssel der erste internationale Congress für Geburtshilfe. Zu demselben waren zahlreiche Aerzte aus Deutschland, Oesterreich-Ungarn, England, Frankreich, Holland, Italien, Russland, Belgien, Spanien, Portugal, Schweden und Norwegen, Dänemark, Griechenland, der Türkei, der Schweiz und aus den Vereinigten Staaten erschienen. Der Congress wurde im Marmorsaale der Brüsseler Akademie durch den Präsidenten des Organisationscomités, Prof. Kufferath mit einer Begrüssungsrede eröffnet, worauf die amtlichen Vertreter verschiedener Länder, Prof. Gusserow (Deutschland), Spencer Wells (England), Péan (Frankreich), Engelmann (Vereinigte Staaten). Porro (Italien), Prof Rein (Russland), Vuillet (Schweiz) Westermark (Schweden und Norwegen), Pawlaky Bey (Türkei) und andere ihren Dank für die Einberufung des Congresses aussprachen.

Den ersten Vortrag hielt der Präsident Prof. Kufferath «über die Einführung und Vortheile der antiseptischen Methode bei der Behandlung des Kindbettfiebers». Die zweite Sitzung fand unter Vorsitz Prof. Gusserow's (Berlin) statt und war hauptsächlich der Extrauterin-Schwangerschaft gewidmet, über welche Privatdocent Dr. Martin (Berlin) Bericht erstattete. In der Schlusssitzung, welche unter Dr. Macan's (Dublin) Vorsitze stattfand, wurde beschlossen, dass der Congress alle drei Jahre und zunächst in Genf tagen soll. Es wurde ein aus 10 Mitgliedern bestehender Ausschuss (für Russland — Prof. Rein aus Kiew für Deutschland — Dr. Martin) gewählt, welcher alle Fortschritte in der Geburtshilfe feststellen soll. In der Nachmittagssitzung des ersten Tages erschien auch König Leopold, welcher die Congressmitglieder zu sich in's Schloss lud, wo sie bewirthet wurden.

Mit dem Congress war eine internationale Ausstellung von Instrumenten und Apparaten für Geburtshilfe und Frauenkranheiten verbunden, welche allgemeine Anerkennung bei den Congressmitgliedern fand.

— König Humbert von Italien und Königin Margherita haben gelegentlich des fünften internationalen Congresses der Vereine vom Rothen Kreuz einen Preis von 10,000 Lire, welcher auch in zwei Preise zu je 5000 Lire zerlegt werden kann, für die Herstellung solcher Einrichtungen im Wege des Wettbewerbes ausgesetzt, durch welche in zweckmässigster Weise Verwundete vom Schlachtfelde in die Feldlazarethe oder in die weiter zurück gelegenen Lazarethe mittelst der bekannten und gebräuchlichsten Transportmittel übergeführt werden können, d. h. also derjenigen Vorkehrungen, die geeignet sind, das Aufheben der Verunglückten vom Boden zu erleichtern und die sichere und bequeme Zuführung derselben zu den Verbandplätzen und den Feld- und Stationshospitälern zu ermöglichen. Das mit der Veranstaltung dieses Wettbewerbes betraute Central-Comité des

italienischen Rothen Kreuzes hat nun die näheren Bedingungen desselben vor Kurzem bekannt gegeben und den Ablauf der Bewerbung, den Wünschen der Preisstifter gemäss, auf Ende Juni 1893 festgesetzt. Aus den Einzelheiten der die Bewerbung regelnden Vorschriften ist zu ersehen, dass es sich hauptsächlich um die Construction von zweckmässigen Tragbahren, Kranken-Transportwagen und Beleuchtungs-Einrichtungen handelt, welche das Gefechtsfeld beleuchten und den Krankenträgern als Leuchte bei ihren Streifzügen über das Gefechtsterrain dienen. Ueber die Gewährung des Preises von 10,000 Lire oder der Preise von 5000 Lire wird die Jury auf Grund einer Prüfung der ihr vorgeführten Gegenstände entscheiden. Die Concurrenten haben zu diesem Zwecke Modelle der von ihnen in Vorschlag gebrachten Transportartikel nebst einer dieselbe erläuternden Denkschrift und beigefügten Zeichnung vorzulegen. Aus der Denkschrift und ihren Beilagen muss das System der Construction, der Gebrauchsmodus der Apparate etc. und der Preis, der für diese Utensilien im Handel verlangt wird, ersichtlich sein. Die Denkschrift nebst Anlagen müssen in französischer oder italienischer Sprache verfasst oder wenigstens von einer Uebersetzung in einer dieser Sprachen begleitet sein. Die Modelle sollen von der wirklichen Grösse der betreffenden Artikel sein, jedoch können auch solche, die nur ein Viertel der eigentlichen Dimensionen aufweisen, zugelassen werden. Die zum Wettbewerb eingelieferten Gegenstände werden nebeneinander aufgestellt und einer eingehenden Prüfung unterzogen werden.

Nähere Auskünfte ertheilt auf Anfrage das Central-Comité des Italienischen «Rothen Kreuzes» in Rom.

— In Dänemark ist ein Strike der Aerzte ausgebrochen! Die dänischen Provinzialärzte, welche von den kärglichen Gehältern, die sie von der Administration beziehen nicht existiren können, haben sich geweigert ihren Dienst fortzusetzten. Sie klagen, dass sie mit Arbeit überhäuft und überangestrengt werden und dass bei alledem die Mittel zu ihrer Existenz nicht ausreichen.

Die Kopenhagener medicinische Zeitung räth den Arzten, die vacanten Arztstellen nicht anzunehmen und von der Administration eine Erhöhung der Taxe für die Visiten zu verlangen.

— Die Choleraepidemie in Russland weist eine stetige Abnahme auf, sodass an manchen Orten die Cholerabaracken geschlossen werden können, unter Anderem die auf den Eisenbahnstationen Klin, Twer und Bologoje an der Nicolaibahn erbauten Baracken. Wie verlautet, haben alle Dampfschifffahrts-Gesellschaften die Benachrichtigung erhalten, dass sie von medicinisch-sanitärer Besichtigung befreit sind. Neuerdings ist die Cholera auch in Riga constatirt worden, wo schon seit dem 13. August Erkrankungsfälle an acutem Darmkatarrh vorgekommen sind, die sehr oft einen tödtlichen Ausgang hatten. Vom 13. bis 31. August verstarben daselbst von den 16 erkrankten Personen 9, und die medicinische Untersuchung liess keinen Zweifel mehr übrig, dass die Krankheit die asiatische Cholera ist. Im Laufe eines Monats sind in Riga 42 Erkrankungen an der Cholera mit 23 Todesfällen vorgekommen, und zwar fast nur unter Leuten, welche auf dem Wasser arbeiten, wie Matrosen, Arbeitern auf Baggermaschinen u. s. w.

In St. Petersburg macht sich ein schneller Rückgang der Epidemie bemerkbar. In den letzten drei Tagen (vom 13. bis 16. September) sind hier täglich nur 20, resp. 18, 35 Erkrankungen und 2, resp. 3, 7 Todesfälle an der Cholera vorgekommen. Nach den officiellen Bülletins betrug die Gesammtzahl der Erkrankungen in St. Petersburg bis zum 16. September Mittags 3677, die der Genesenen 2458 und der Verstorbenen 1087. — Wie die Charkowsche Zeitung ausgerechnet hat, sind bis zum 1. September in ganz Russland 172,363 Personen an der Cholera gestorben, und zwar am meisten im Kaukasus (57,967). Es folgen dann das Dongebiet mit 16,367 Todesfällen, Ssaratow mit 13,293, Ssamara mit 11,142, Tobolsk mit 10,798 das Transkaspi-Gebiet mit 10,078, Astrachan 7629, Woronesh 6184, Ssimbirsk 4,590, Tambow 4278 u. s. w.

In Hamburg hält sich die Seuche auf gleicher Höhe; ihre Intensität ist etwa halb so gross wie in den ersten Tagen des September Monats. Nach amtlichen Daten sind dort bis zum 12. (24.) September insgesammt 17,157 Personen an der Cholera erkrankt und 7,339 Personen gestorben. Aus dem übrigen Deutschland werden bis jetzt nur vereinzelte Erkrankungen gemeldet, die aus Hamburg verschleppt sind.

Als Curiosum erwähnen wir noch eine in den Tagesblättern sich vorfindende Nachricht, wonach der Hamburger Naturheilverein sämmtliche Naturheilärzte Deutschlands aufgefordert hat, nach Hamburg zu kommen und die Cholerakranken zu behandeln.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 13. September d. J. 5353 (129 weniger als in der Vorwoche), darunter 245 Typhus — (30 weniger), 542 Syphilis — (50 mehr), 24 Scharlach — (11 mehr), 5 Diphtherie — (2 weniger), 22 Masern — (4 mehr), 8 Pocken — (2 mehr) und 243 Cholerakranke (145 weniger als in der Vorwoche).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 6. September bis 12. September 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
284	242	526	91	42	83	6	11	8	58	68	62	40	26	24	4	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0 Typh. abd. 2, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0 Pocken 2, Masern 2, Scharlach 8, Diphtherie 4, Croup 0, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 7, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 89, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 85, Tuberculose anderer Organe 11, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 34, Marasmus senilis 19, Krankheiten des Verdauungscanals 71, Todtgeborene 31.

An die Redaction eingesandte Bücher und Brochüren.

Ueber die Volksheilmittel der Letten von Dr. Emil Aronson (Sep. Abdr.).

Ueber die Gebrauchs-Methode des versendeten Gasteiner Thermal-Wassers von Dr. Gustav Droell. Wien. Carl Gerold. 1892.

Les maladies des yeux dans leurs rapport avec la pathologie générale par Prof. Emile Berger. Paris. G. Masson. 1892.

C. v. Kahlden. Technik der histol. Untersuchung pathol.-anatom. Präparate. II Aufl. Jena. G. Fischer, 1892.

A. Freiherr von Schrenck-Notzing. Die Suggestionstherapie bei krankh. Erscheinungen des Geschlechtssinns. Stuttgart, Ferd. Enke 1892.

П. П. Алексѣевъ, Почетный Членъ Кіевскаго общества естествоисп. Кіевъ 1892.

H. Cohn. Lehrb. der Hygiene des Auges. II. Hälfte. Urban und Schwarzenberg. 1892.

K. v. Jaksch. Klin. Diagnostik innerer Krankheiten. III. Aufl. Urban u. Schwarzenberg, 1892.

R. Lewandowski. Das elektr. Licht in d. Heilkunde. Urban und Schwarzenberg, 1892.

V. Magnan. Psychiatr Vorlesungen II/III Heft. Ueber die Geistesstörungen der Entarteten. Deutsch von Möbius. Leipzig, G. Thieme, 1892.

L. Edinger. 12 Vorlesungen über d. Bau der nervösen Centralorgane. III. Aufl. Leipzig, C. W. Vogel, 1892.

Записки Кіевск. Общ Естествоиспыт. T. XII. Вып. 1. Кіевъ, 1892.

Liebig D. Veränd. der Lungencapacität mit dem Luftdruck. Sep. Abdr.

G. Leubuscher u. Th. Ziehen. Klin. Unters. üb. die Salzsäureabscheidung des Magens bei Geisteskranken, Jena, G. Fischer, 1892.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 29. September.

Tagesordnung: Dr. Selenkow, 2 Fälle von Pyloroplastik.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 21. September.

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **CARL RICKER** in St. Petersburg, Newsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Verlag von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14.

ОСНОВАНІЯ КЪ ИЗУЧЕНІЮ

МИКРОСКОПИЧЕСКОЙ АНАТОМІИ

ЧЕЛОВѢКА И ЖИВОТНЫХЪ,

составленныя при участіи Профессоровъ, Доцентовъ и Врачей:

К. А. Арнштейна, В. М. Бехтерева, А. Ѳ. Геберга и А. С. Догеля — въ Казани; В. Н. Великаго, М. Д. Лавдовскаго, Ф. В. Овсянникова, П. Я. Розенбаха и А. Ф. Эрлицкаго — въ Петербургѣ; Г. Ф. Гойера, В. Ф. Комоцкаго — въ Варшавѣ; П. И. Перемежко — въ Кіевѣ; Л. Х. Штиды — въ Дерптѣ (нынѣ въ Кёнигсбергѣ).

Подъ редакціею

М. Д. Лавдовскаго и Ф. В. Овсянникова.

2 тома съ 638 рис. въ текстѣ и двумя хромолитографиров. таблицами.

1887—88. Preis 9 Rbl. gebunden 10 Rbl. 50 Cop. für Porto 1 Rbl.

Empfehlen den Herren ZAHNÆRZTEN:



«CHLORURE D'ETHYLE PUR»

von GILLIARD, P. MONNET & CARTIER in LYON.

IN GLASRÖHRCHEN VERSCHLOSSEN NACH VERFAHREN VON P. MONNET,

für LOCALE ANAESTHESIE, vom PROFESSOR DOCTOR REDARD ANGEWANDT! (113) 2—2

IN MOSKAU: **DEPÔT:** IN ST. PETERSBURG:

bei M. GREVSMÜHL, Arbat, Haus Fürst Obolensky. *bei J. VŒGEDING, Grosse Morskaja, № 14,*

sowie in allen grösseren Apotheken und Apothekerwaaren Magazinen Russland's.

VERBAND-ZELLSTOFFWATTE in TAFELN
(in vielen Ländern patentirt). (100) 10—10
Denkbar grösste Aufsaugungsfähigkeit und Reinheit.
Feinste Referenzen von Krankenhäusern I. Ranges.
Proben gratis & franco.
ZELLSTOFFWATTEFABRIK J. FEIRABEND, NIEDERNHAUSEN i/Tannus.

Die Freunde unserer Quelle werden gebeten beim Einkaufe auf die hier beigedruckte Schutzmarke (Portrait) zu achten.



Zu haben bei den Droguisten und Apothekern.

Man verlange Saxlehner's Bitterwasser.

(68) 26—20

Eigenthümer: ANDREAS SAXLEHNER, BUDAPEST.

ЕСТЕСТВЕННАЯ МИНЕРАЛЬНАЯ ВОДА

CONTREXÉVILLE

source du **PAVILLON**

Единственная признанная во Франціи общественно полезною.

Открыта съ 20 мая по 20 сентября.

Водолеченіе: Ванны. Души. Массажъ. Заведеніе І-го разряда. Домъ собранія. Театръ. Большой паркъ. Гимнастика и пр. (99) —10

Брошюра „La cure de Contrexéville chez soi" съ рисунками высылается по требованію. Адресъ Administration de la Société: 6 rue de la Chaussée d'Antin à Paris.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Soeben erschienen: (116) 1—1

Die

Nebenwirkungen der Arzneimittel

Pharmakologisch-klinisches Handbuch
von
Pr. Docent Dr. **L. Lewin.**

Zweite vollständig neu bearb. Auflage.
1893. gr. 8. 18 M.

КАЛЕНДАРЬ БЕРЕМЕННОСТИ

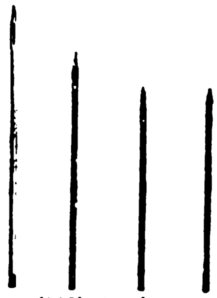
Таблица для вычисленія времени родовъ

Д-ра мед. Я. ДЕДЮЛИНА.

Цѣна 30 к., а съ пересылкою 40 к.

Продается (Спб., Невскій пр., № 61) у автора и во всѣхъ книжныхъ магазинахъ.

Platin-Iridium-Nadeln



mit garantirt 25 - 30 pCt. Iridium-Gehalt, oxydiren nicht und können über einer Flamme ausgeglüht werden, ohne ihre Härte zu verlieren.

Verkauf nur an Wiederverkäufer.

Emil Kohm,
Fabrik chirurg. Neusilberinstrumente,
(112) 5—4 **Karlsruhe** (Baden).

Specialität: Platin Brennapparate.

ROTIRENDER DESINFECTOR

gesetzlich geschützt

nach **Dr. H. Guttmann,**

demonstrirt im Verein für innere Medicin durch Herrn Dr. **Babo**, beschrieben in der Medicinischen Wochenschrift von Herrn **Dr. P. Börner** und in der Gartenlaube durch Herrn **Sanitätsrath Dr. Fürst**, sowie begutachtet durch Herrn **Prof. Hoffmann in Stuttgart.**

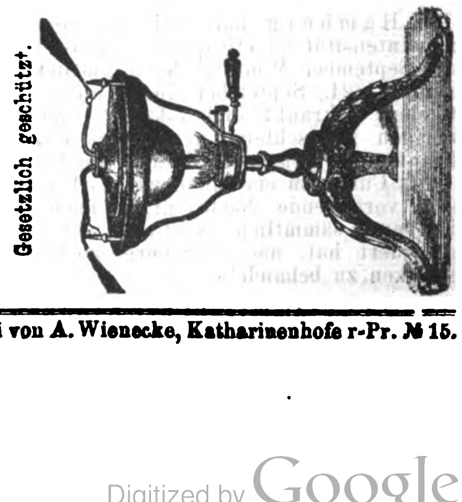
Preis 60 Mark.

Ed. Messter,
Optiker und Mechaniker.
Lieferant für hiesige und auswärtige Krankenhäuser und Universitäten.
(106) 12—8

Berlin, Friedrichstrasse 95.

Prämiirt Berlin 1892 mit der silbernen Medaille.

Gesetzlich geschützt.



Дозв. ценз. Спб. 19 Сентября 1892 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 39 St. Petersburg, 26. September (8. October) **1892**

Blutuntersuchungen bei der Lepra.

Von

Dr. Joseph Winiarski.

Auf Veranlassung des Herrn Prof. Dr. Dehio habe ich das Blut von Leprösen einer systematischen Untersuchung unterzogen. Ich habe dabei folgende Bestimmungen ausgeführt: 1) Die Bestimmung der durch das Hämoglobin bedingten Färbekraft des Blutes mittelst des v. Fleischl-schen Hämometers. — Ehe ich zu den Bestimmungen an diesem Apparate herantrat, habe ich den constanten Fehler desselben, der von Neubert, Lezius, Tomberg und mir nachgewiesen wurde, beseitigt, indem ich mir dem Tomberg'schen Vorschlage gemäss eine Correcturtabelle herstellte, nach der sämmtliche am Krankenbett gemachten Hämoglobinbestimmungen corrigirt wurden. 2) Die Bestimmung der in 1 Cub.-Mm. Blut enthaltenen Zahl rother Blutkörperchen, der Grösse und etwaigen Formabweichung derselben, sowie des numerischen Verhältnisses der rothen zu den weissen Blutkörperchen; 3) die Bestimmung der in 1 Cub.-Mm. des Blutes vorhandenen Zahl der Leukocyten und des numerischen Verhältnisses der ein- und mehrkernigen Leukocyten zu einander.

Eine genaue Beschreibung des Ganges meiner Blutuntersuchungen findet sich in meiner Inaugural-Dissertation (J. Winiarski: Blutuntersuchungen bei anämischen und kachektischen Zuständen, insbesondere bei der Lepra. Dorpat, 1892). An dieser Stelle möchte ich nur bemerken, dass meine Zählungen der Blutkörperchen mit Hilfe des Thoma-Zeiss'schen Zählapparates geschahen. Als Verdünnungsflüssigkeiten benutzte ich für die rothen Blutkörperchen eine $2^1/_2$ pCt. Lösung von Kali bichromicum, für die weissen — $^1/_3$ pCt. Essigsäurehydratlösung. — Zur Messung des Diameters der rothen Blutkörperchen wandte ich die «trockene Messung» Laache's an.

Als Normalzahlen habe ich meinen Untersuchungen die von Neubert angegebenen Zahlen zu Grunde gelegt, und zwar: 1) als normale Zahl der in 1 Cub.-Mm. Blut enthaltenen rothen Blutkörperchen bei den Männern — 5,596,000, bei den Frauen 5,100,000; 2) als normale Zahl der in 1 Cub.-Mm. des Blutes vorhandenen Leukocyten — 5000 bis 10,000; als normales Verhältniss der ein — zu den mehrkernigen Leukocyten — 45,4 : 54,6; 3) als Normalwerth des relativen Hämoglobingehaltes des Blutes für die Männer — 105 der Scala des v. Fleischl'schen Hämometers, für die Frauen dagegen 95 derselben Scala.

Im Ganzen habe ich 17 Lepröse in verschiedenen Stadien der Krankheit untersucht. Um dem Leser einen Einblick in die von mir gewonnenen Resultate zu ermöglichen, stelle ich alle 17 Fälle in Tabellenform zusammen. (cf. die Tabelle auf der folgenden Seite).

Als ich meine Blutuntersuchungen bei der Lepra, begann, glaubte ich, dass bei dieser Krankheit sich ebenso charakteristische Veränderungen in der morphologischen Zusammensetzung und in dem Hämoglobingehalt des Blutes würden finden lassen, wie z. B. bei der Syphilis secundaria, der Phthisis pulmonum oder dem Carcinom. — Diese Erwartung ist nicht erfüllt worden.

Auf Grund dieser Untersuchungen darf behauptet werden, dass so lange die Lepra noch nicht tiefgreifende Veränderungen im Organismus hervorgerufen hat, so lange auch die Zusammensetzung des Blutes, soweit ich dieselbe mit meinen Untersuchungsmethoden controlliren konnte, noch nicht wesentlich verändert ist. — Es lässt sich erstens constatiren, dass in Betreff der verschiedenen klinisch unterscheidbaren Formen der Lepra (anästhetica, nodosa, mixta) kein Unterschied in der Blutbeschaffenheit nachzuweisen ist.

Dieselbe ist vielmehr abhängig vom Verlaufe der Krankheit; so lange die Ernährung eine genügende, das Allgemeinbefinden ein gutes ist, so lange keine Ulcerationen bestehen, so lange zeigt auch das Blut gleichfalls keine Veränderungen; ja, in den frischen Fällen sehen wir sogar (Fall I und II), dass die Zahl der rothen Blut-

Fall	Männer	R. B. Rothe Blutkörperchen	L. Weise Blutkörperchen	L : r. B.	Einkernige Leukocyten	Mehrkernige Leukocyten	Hb = Hämoglobingehalt in % der Norm mit Correct.	Absoluter Hämoglobingehalt in 100 Grm. Blut	Rel. Werth des Hb-Gehaltes des einzelnen Blutkörp. (phys. Mitt. = 1).	Lepra	Bemerkungen. Krank seit	Fall	Complication	Ernährung	Hautblässe	Ulcera
					%	%										
I.	H. P. 24 a. n.	6,358,300	6,814	1:933	33,5	66,5	118,3	16,6	0,989	Mixta	Ungefähr 5 Jahren (?)	leicht	—	s. gut	—	—
II.	J. S. 20 a. n.	6,091,700	8,985	1:678	33.5	66,5	117,1	16,4	1,024	Nodosa (recens)	½ Jahr	leicht	—	s. gut	Cyanose der Hände	—
III.	H. J. 40 a. n.	5,916,700	6,228	1:950	38,2	61,8	89,8	12,6	0,809	Nodosa	3 J.	z. leicht	—	gut	—	auf den Unterschenkeln
IV.	J. T. 24 a. n.	5,741,900	5,666	1:1013	44.4	55,6	86,7	12,1	0,805	Anästhetica	2 J.	leicht	alte Coxitis	gut	{Cyanose der Hände u. Füsse: etwas Anämie}	—
V.	J. R. 20 a. n.	5,277,800	4,145	1:1273	47,7	52,3	85,9	12,0	0,868	Nodosa	4 J.	z. leicht	—	gut	etwas Anämie	Narben
VI.	J. K. 37 a. n.	4,843,400	3,683	1:1315	42,7	57,3	94,6	13,2	1,041	Nodosa	15 J.	mittelschwer	Phthisis pulmonum (?)	mässig	Cyanose der Hände	auf den Unterschenkeln
VII.	A. L. 47 a. n.	4,700,000	8,382	1:561	45,9	54,1	103,5	14,5	1,174	Maculosa	6 J.	leicht	—	gut	etwas	Pemphigusblase am l. Fusse
VIII.	J. K. 30 a. n.	4,247,300	4,818	1:882	37,3	62,7	86,3	12,1	1,080	Nodosa	16 J.	mittelschwer	leichte Bronchitis sicca	gut	Cyanose der Hände	am rechten Unterschenkel
IX.	H. K. 28 a. n.	2,290,000	6,109	1:375	39,5	60,5	54,9	7,7	1,028	Nodosa	4 J.	schwer	starke Lymphadenitis	schlecht	hochgradig	auf beiden Unterschenkeln
Gesammtmittel		**5,051,900**	**6,092**	**1:876**	**40,3**	**59,7**	**93,0**	**13,0**	**0,980**							
		— 9,7					—7,0	—1,0								

Diameter: { 8,2 % von 3,352 μ bis 6,285 μ
27,6 » 6,704 »
43,2 » 7,542 »
20,2 » 8,38 »
0,8 » 9,218 »

Fall	Frauen	R. B. Rothe Blutkörperchen	L. Weise Blutkörperchen	L : r. B.	Einkernige Leukocyten	Mehrkernige Leukocyten	Hb	Absoluter Hb	Rel. Werth	Lepra	Krank seit	Fall	Complication	Ernährung	Hautblässe	Ulcera
X.	A. T. 16 a. n.	5,966,700	6,634	1:899	28,5	71,5	85,7	12,0	0,771	Maculosa	1½ Jahr	leicht	—	s. gut	—	—
XI.	M. J. 14 a. n.	5,222,200	9,359	1:558	35,7	64,3	97,8	13,7	1,005	Tuberosa	2½ J.	leicht	—	gut	—	auf dem rechten Unterschenkel
XII.	A. T. 33 a. n.	4,772,200	10,813	1:441	36,6	63,4	101,6	14,2	1,143	Maculosa	2½ J.	leicht	Phlegmone praepatellaris	z. gut	etwas	—
XIII.	A. K. 30 a. n.	4,688,900	7,910	1:593	37,2	62,8	85,9	12,0	0,983	Nodosa	8 J.	z. leicht	Lymphadenitis	gut	—	—
XIV.	A. M. 30 a. n.	4,425,800	3,833	1:1272	37,9	62,1	99,8	14,0	1,211	Nodosa	6 J.	leicht	—	gut	—	Narben
XV.	E. W. 29 a. n.	4,302,800	7,273	1:592	39,8	60,2	107,1	15,0	1,336	Maculo-nodosa	½ J.	mittelschwer	Menses seit 7 Tagen	gut	etwas	—
XVI.	M. S. 27 a. n.	3,060,400	6,106	1:501	20,7	79,3	79,5	11,1	1,389	Nodosa atrophica	6 J.	schwer	(Lepromeruptionen)	z. gut	mässige	—
XVII.	A. L. 63 a. n.	1,989,000	5,200	1:383	21,9	78,1	63,9	8,9	1,725	Maculo-nodosa	5½ J.	s. schwer	—	schlecht	hochgradig	auf den Unterschenkeln
Gesammtmittel		**4,303,500**	**7,141**	**1:655**	**32,2**	**67,8**	**90,2**	**12,6**	**1,195**							
		—15,6%					—9,8	—1,4								
bei Männern		— 9,7%	6,092	1:876	40,3	59,7	—7,0	—1,0	0,980							
im Mittel		**—12,7%**	**6,617**	**1:766**	**36,2**	**63,8**	**—8,4**	**—1,2**	**1,088**							

Diameter: { 3,4 % von 3,352 μ bis 6,285 μ
22,9 » 6,704 »
41,6 » 7,542 »
27,6 » 8,38 »
4,5 » 10,056 »

körperchen, sowie der Hämoglobingehalt über der Norm stehen kann. Für Fall II kommt zwar die bestehende starke Cyanose der Hände in Betracht; im Fall I dagegen fehlt dieselbe; im Fall X ist allein die Blutkörperchenzahl eher vergrössert, der Hämoglobingehalt dagegen ein wenig vermindert. Solche Abweichungen von der Norm kommen auch bei gesunden Personen vor, und ich glaube deshalb kein grösseres Gewicht auf dieselben legen zu dürfen.

Ein etwas anderes Verhalten zeigt eine Reihe von gleichfalls verhältnissmässig frischen Fällen wo die Krankheit im Durchschnitt erst ein paar Jahre bestanden und einen leichten Verlauf genommen hat; das sind die Fälle III, IV, V, XI und XII. Hier hält sich die Blutkörperchenzahl ungefähr auf der Norm, während der Hämoglobingehalt entweder normal (XI und XII) oder ein wenig herabgesetzt ist (Fall III, IV, V); die ersteren Fälle repräsentiren die Weiber, die letzteren — die Männer. Diese Fälle im Verein mit den schon soeben aufgeführten scheinen mir zu beweisen, dass der lepröse Krankheitsprocess an sich in seinen jüngeren und leichteren Stadien keine tiefer greifenden Veränderungen des Blutlebens bewirkt. Dem entsprechend sehen wir ja auch, dass die Kranken zu dieser Zeit sich noch eines guten Allgemeinbefindens erfreuen, falls nicht die leprösen Erkrankungen durch ihre Localisation die Leistungsfähigkeit der Kranken beeinträchtigen.

Eine dritte Gruppe bilden die schweren Fälle, (VI, VII, VIII, XIII, XIV und XV); hier besteht die Krankheit im Allgemeinen schon längere Zeit, die Ernährung ist mässig, es besteht eine geringe Hautblässe. Dem entsprechend ist die Zahl der rothen Blutkörperchen constant vermindert, im Durchschnitt um 17,9 pCt. bei den Männern und um 12,3 pCt. bei den Weibern. Der Hämoglobingehalt dagegen ist im Mittel um 6,3 pCt. bei den Männern und um 2,4 pCt. bei den Weibern vermindert. Wie wir sehen, ist hier die Zusammensetzung des Blutes nicht mehr normal; das Charakteristische der in diesen Fällen bemerkbaren Blutveränderungen scheint mir darin zu liegen, dass die Zahl der Blutkörperchen in höherem Masse abgenommen hat, als der Hämoglobingehalt, so dass jedes einzelne Blutkörperchen trotz der allgemeinen Hämoglobinverarmung des Blutes doch hämoglobinreicher ist, als in der Norm. — Eine derartige Blutveränderung wird auch bei anderen Formen der Anämia gravis beobachtet. — Dadurch bilden diese Fälle einen Uebergang zu den schwersten von mir beobachteten Erkrankungen, welche ich als letzte Gruppe zusammenstellen möchte. Es sind das diejenigen Fälle, wo die Ernährung und auch das Allgemeinbefinden schlecht waren und wo die Krankheit einen schweren Verlauf schon von Anfang an genommen hatte; es sind dies die Fälle XVI, XVII und IX. Wir sehen in denselben eine starke Verminderung der Zahl der rothen Blutkörperchen und eine Herabsetzung des Hämoglobingehaltes; die letztere geht mit der ersteren keineswegs immer parallel; sie ist in den beiden ersten Fällen viel geringer, als die Herabsetzung der rothen Blutkörperchen; im Fall IX geht zwar die Verminderung der Blutkörperchenzahl mit dem Hämoglobingehalt parallel, indem beide Werthe etwa auf die Hälfte der Norm reducirt sind; im Fall XVI dagegen ist die Blutkörperchenzahl auf etwa 60 pCt. der Norm und der Hämoglobingehalt nur auf etwa 80 pCt. der Norm reducirt und im Fall XVII vollends ist nur noch etwa $^1/_3$ der normalen Blutkörperchenzahl vorhanden bei einer Verminderung des Hämoglobins, welches noch immer $^2/_3$ der Norm übersteigt. Derartige Befunde erinnern uns auf's Lebhafteste an die Blutveränderungen, wie sie Laache bei perniciöser, und Dehio bei Botriocephalusanämie beschrieben haben.

Bei Fall IX und XVII könnte man annehmen, dass die schwere Anämie vielleicht nicht direct von der leprösen Erkrankung verursacht, sondern durch die Ulcerationsprocesse an den Unterschenkeln, an denen diese Kranken litten, bewirkt worden sei, wenn nicht mehrere andere von mir untersuchte Kranke, welche gleichfalls an leprösen Unterschenkelgeschwüren litten, durchaus nicht so schwere Blutveränderungen gezeigt hätten. Es bleibt also wohl nur übrig, die fortgeschrittene lepröse Erkrankung an sich als die Ursache der Anämie zu betrachten. Bei Fall XVI wird diese Annahme fast zur Gewissheit; diese Kranke hatte nämlich wenig Tage vor meiner Untersuchung unter Fiebererscheinungen eine ausgedehnte Lepromeruption an den Extremitäten erlitten, und es liegt wohl nahe zu vermuthen, dass durch diesen acuten Nachschub der Krankheit die anämische Blutveränderung bewirkt worden ist. Einige Wochen später hat sich die Patientin gut erholt und ich bin überzeugt, dass ihr Blut jetzt nicht mehr so hochgradige Abweichung aufweisen würde. — Ich komme also zu dem Schluss, dass die Lepra in ihren jüngeren und leichteren Stadien keine schwereren Alterationen des Blutes bewirkt, dagegen bei weiterer Verbreitung über den ganzen Körper und ihren schweren Formen allerdings eine schwere Beeinträchtigung des Blutlebens bewirkt, indem sie zu solchen Veränderungen des Blutes führt, wie sie bei den schwersten Formen der essentiellen Anämie beobachtet werden.

Die weissen Blutkörperchen halten sich im Allgemeinen auf der Norm; eine Abweichung von dieser Regel zeigt uns Fall XII, wo die absolute Zahl der Leukocyten vermehrt war; eine Erklärung dafür finden wir leicht in der bestehenden Eiterung (Phlegmone praepatellaris); die relative Zahl der Leukocyten war vergrössert in den 2 schwersten Fällen (IX und XVII), was leicht zu verstehen ist bei der Verminderung der rothen Blutkörperchen; eine relative, sowie auch absolute Verminderung derselben Zahl liess sich constatiren in den Fällen V, VI und XIV; ein Grund dafür konnte nicht gefunden werden.

Bei allen Fällen von Lepra habe ich ein bedeutendes Praevaliren der mehrkernigen Leukocyten nachweisen können.

Was die Diameter der rothen Blutkörperchen anbelangt, so behielten dieselben im Allgemeinen normale Grösse, nur waren die Mikrocyten und die Blutkörperchen mit einem Durchmesser von 9,218 μ bis 10,056 μ etwas reichlicher vertreten, als es normal zu sein pflegt.

Suggestiv-Therapie.

Von

Oberstabsarzt a. D. Dr. von Corval in Baden-Baden.

Aus den Encyclopädischen Jahrbüchern I. Band, herausgegeben von Professor Eulenberg in Berlin).

(Fortsetzung).

Wir haben uns nicht versagen können die Grundzüge der Rosenbach'schen Beobachtungen über psychische Therapie, zum Theil sogar wortgetreu wiederzugeben, weil wir der Ueberzeugung sind, dass wir auf diesem Wege die Wirkung der psychischen Therapie am Besten erklären können. Müssen wir auch zugeben, dass auch diese Erklärung uns nicht eine völlig erschöpfende zu sein scheint, dass noch manche Erfahrung der Suggestiv-Therapie damit noch nicht ganz aufgeklärt ist, so glauben wir doch, dass der hartnäckigste Gegner unseres Verfahrens sich nunmehr zu dem Geständniss herablassen werde, dass dasselbe in Wahrheit Krankheiten und Krankheitserscheinungen heilen könne, um so eher vielleicht, als er zugeben wird, dass er selbst vielfach Psychotherapie getrieben und treiben müsse. Der Unterschied liegt oft nur darin, dass wir durch Suggestion (Eingebung) zunächst bei unseren Patienten einen Zustand hervorzurufen suchen, bei welchem die Suggestibilität, die Empfänglichkeit zur Aufnahme der Befehle, der Eingebungen oder Vorstellungen erhöht ist, während man sonst durch Aufklärung, Vorstellungen und Zuspruch den gleichen Effect zu erzielen sucht.

Und um die Suggestibilität zu erhöhen, suchen wir die Thätigkeit der Grosshirnrindenzellen herabzusetzen und wir merken, dass wir unsere Absicht erreicht haben, zunächst daran, dass ein allgemeines Ermüdungsgefühl den Patienten überkommt und er auf äussere Reize nicht reagirt, wenn dieselben nicht zu intensiv sind. Er scheint zu schlafen, schläft aber nicht, indem er Alles hört und auf Fragen richtige Antworten giebt, wenn auch meist in träger Weise, während es häufig schon in diesem leichten Grade der Hypnose gelingt auf umschriebene Rindengebiete, motorische sowohl wie sensible einzuwirken.

Wir vermögen die Bewegung von Armen und Beinen, das Oeffnen der Augen unmöglich, gewisse Körpertheile anästhetisch zu machen, oder besser gesagt, in dem Patienten den Glauben zu wecken, dass er nichts fühle, so dass öfter sogar Extraction der Zähne nicht bemerkt wird. Ob wir diesen Zustand als einen mit dem Schlafe identischen, mit dem Ausdrucke Hypnose bezeichnen, (Liébault, Bernheim, Forel), vielleicht nur einen Unterschied darin finden, dass die Persönlichkeit des Hypnotiseurs dabei die Hauptrolle spielt, dass dabei ein Rapport zwischen dem Kranken und dem Hypnotiseur besteht, oder das Vorhandensein eines durchaus verschiedenen Gehirnzustandes annehmen sollen, (Hirt), das ist zur Zeit noch eine unentschiedene Frage. Dieselbe hat jedoch praktisch wenig Bedeutung; es kommt nur darauf an, ob wir durch Suggestion einen krankhaften Zustand erzeugen oder nicht, denn von der Entscheidung nach der einen oder der anderen Richtung hängt es ab, ob wir die Suggestiv-Therapie für berechtigt, für zulässig halten dürfen.

Wollten wir die verschiedenen Ansichten hierüber, alle Gründe pro und contra hier anführen, so würde uns das zu weit führen und von unserem eigentlichen Thema ablenken; nachstehende kurze Betrachtungen dürften völlig genügen um zu zeigen, dass der hypnotische Schlaf, in richtiger Weise und nur zu therapeutischen Zwecken hervorgerufen und verwendet, keinerlei Gefahren mit sich bringt, und darauf kommt es in erster Reihe an.

Nehmen wir an, dass die weit überwiegende Mehrzahl der geistig gesunden Menschen der Suggestion zugänglich sei, vorausgesetzt, dass dieselben nicht absichtlich widerstreben, so werden wir auch zugeben müssen, dass die Meisten in einen mehr oder weniger tiefen hypnotischen Schlaf versetzt, desgleichen auch wieder durch eine einfache, verbale Suggestion aus demselben ohne nachher irgend welche abnorme Erscheinungen zu zeigen, oder abnorme Gefühle anzugeben, erweckt werden können.

In dieser Beziehung giebt es unter den zahlreichen Beobachtungen mit dem denkbar grössten Beobachtungsmaterial keine divergirenden Anschauungen (Bernheim, Liébault, Wetterstrand u. A.) und fast ausnahmslos lassen sich dort, wo gegentheilige Erfahrungen gemacht worden sind, Fehler nach irgend einer Richtung nachweisen. Vor Allem müssen wir uns hüten, jeden Menschen ohne Rücksicht auf die Verhältnisse, auf den jeweiligen Zustand seines Gemüthes und seines Geistes zu hypnotisiren.

Es gelingt ja nicht selten, auch sehr aufgeregte, ängstliche Leute in hypnotischen Schlaf zu bringen, doch wird man sich dann nicht wundern dürfen, dass solche nach dem Erwachen statt des behaglichen Zustandes mehr oder minder hochgradige Erregung oder Depression erkennen lassen, sich mehr oder weniger unbehaglich fühlen trotz aller Suggestionen. Gelingt es daher nicht die Patienten dadurch zu beruhigen, dass man ihnen die völlige Gefahrlosigkeit der Sache erklärlich macht, ihnen die Furcht benimmt, als handle es sich um einen wunderbaren Vorgang, dass man sie endlich einer hypnotischen Sitzung beiwohnen lässt, so wird man gewiss besser thun, zunächst von jedem Versuche abzustehen, und einen günstigen Moment abzuwarten.

Bei Hysterischen werden wir uns nicht selten vergeblich bemühen, weil wir in vielen Fällen doch sicherlich eine gewisse psychische Abnormität annehmen müssen. Wir werden bei denselben in Folge von Autosuggestionen entweder keinen Schlaf erzielen, so wenig wie Heilwirkungen, werden vielmehr in Folge des Widerstandes ganz verkehrte, entgegengesetzte Erscheinungen auftreten sehen, andererseits aber freilich gerade bei dieser Kategorie von Kranken zauberhafte Wirkungen beobachten. Gelingt es hier nicht durch sicheres, imponirendes Auftreten sofort jeder perversen Reaction entgegenzutreten, so wird man eben zunächst nicht weiter gehen dürfen, wenn man nicht die allarmirendsten, zum Glücke freilich meist unschädlich verlaufenden Anfälle folgen sehen will.

Wirklich Geisteskranke mit starken und anhaltenden Hallucinationen, mit maniakalischen Erregungszuständen und dgl. setzen meist allen Suggestions-Versuchen unüberwindlichen Widerstand entgegen, und können bei fortgesetzten Versuchen leicht in vermehrte Aufregung versetzt werden; doch zeigen die Versuche von Voisin z. B., dass man bei genügender Geduld und Consequenz auch hier mancherlei erreichen kann.

Von grösster Bedeutung ist es aber in jedem einzelnen Falle, dass der Arzt alle Versuche unangenehmer, unnatürlicher Suggestion unterlässt wenn er therapeutischen Erfolg und keinen Nachtheil sehen will. Der Gedanke, es könnte Jemand durch das Hypnotisiren irgend welchen Schaden erleiden, ist vielfach durch Verwechselung der verschiedenen Formen der Hypnose entstanden: Wer der Meinung ist, jener in der Salpétrière erzeugte, bei schweren Hysterischen durch mehr oder weniger starken Sinnenreiz und Dressur entstandene, nur zu Experimenten und nicht zu therapeutischen Zwecken verwandte Zustand (vielfach grand Hypnotisme genannt) sei identisch mit dem nach der Schule von Nancy durch Suggestion hervorgebrachten Schlafzustand (auch petit Hypnotisme genannt), der muss freilich annehmen, dass das Hypnotisiren verwerflich sei; so sehen wir denn auch, dass so hochbedeutende Männer wie Ziemssen, Ewald u. A., zu durchaus unrechten Schlüssen gelangen. Durch richtige Auswahl der Fälle, durch richtige Technik werden wir also, wie die Erfahrung in vielen Tausenden von Fällen zweifellos erwiesen hat, mit der Suggestion niemals Schaden stiften, und selbst jene wirklich möglichen und zuweilen auftretenden unangenehmen Folgen häufig wiederholter Suggestion, wie die abnorm erhöhte Suggestibilität, das Eintreten der Hypnose gegen den Willen des Betreffenden, die leichte Empfänglichkeit für fremde Einflüsse, ohne Hypnose, lassen sich durch entsprechende rechtzeitig gegebene, vorbeugende Suggestion (eigene Erfahrung) verhüten.

Aus all' diesem geht deutlich hervor, dass die Suggestiv-Therapie keine gar so einfache Sache ist und nicht Jedem (Ewald) überlassen werden kann. In den Händen eines erfahrenen Arztes ist sie ein gefahrloses Mittel, und die Anwendung desselben ist daher auch nur dem Arzte zu gestatten. In den Händen des gewissenhaften und erfahrenen Arztes werden wir, wenn überhaupt, so doch niemals nennenswerthe Nachtheile auftreten sehen, jedenfalls viel seltener und viel weniger schwere Erfahrungen bei oder nach derselben beobachten, wie bei vielen der gebräuchlichsten unserer Arzneimittel, als Chloroform, Kal. chloric, Antifebrin u. dgl.

Wenn wir oben hervorgehoben, dass die Suggestiv-Therapie nur eine besondere Form der Psycho-Therapie darstelle, wenn wir weiter schon bemerkt haben, dass eine wirksame Suggestion selbst mit sofortigem Erfolge, zuweilen im Wachen gegeben werden könne, so wollen wir uns an dieser Stelle doch vorwiegend nur mit jener Form der Psychotherapie beschäftigen, welche in neuester Zeit immer mehr zur Anwendung gelangt, besonders in solchen Krankheitsumständen, die seither vergeblich mit den sonst üblichen Mitteln behandelt wurden, d. h. mit der Suggestiv-Therapie im gewöhnlichen Sinne des Wortes, bei welcher wir durch Hervorrufen eines mehr oder weniger tiefen, schlafähnlichen Zustandes die Empfänglichkeit des Patienten zur Aufnahme unserer, auf Beseitigung der krankhaften Erscheinungen gerichteten Eingebungen zu erhöhen bestrebt sind.

In Bezug auf den Grad der Suggestibilität hat man die verschiedensten Aufstellungen gemacht, nach Temperament, Charakter, Alter, Geschlecht, ja, sogar nach Nationen unterscheiden wollen, doch scheinen uns bis heute die Zahlen noch nicht genügend, um absolut sichere Schlüsse zu gestatten. So viel steht jedoch fest, dass es schwer möglich ist auf Personen einzuwirken, welche eine fast kranke Einbildungskraft besitzen, oder sich durch ein ungewöhnliches Reflexionsvermögen auszeichnen, oder welche überhaupt nicht im Stande sind, ihre Gedanken während einer gewissen Zeit auf einen und denselben Gegenstand zu concentriren. Auf sehr erregbare Menschen die nicht gewohnt sind, sich selbst zu beherrschen, oder verzärtelte Naturen, die gewissermassen an ihren eingebildeten Leiden eine Freude haben, ist es schwer Einfluss zu gewinnen, desgleichen auf Leute mit grosser Neigung zur Skepsis und Kritik.

Sehr schwer der Suggestion zugänglich sind auch kleine Kinder, welche noch nicht verstehen, was man von ihnen will, während etwa vom 5. Jahre ab der hypnotische Schlaf bei denselben sehr leicht eintritt. Am besten zugänglich findet man hingegegen solche Personen, welche mit vollem Glauben und Vertrauen an die Sache herantreten, und solche welche an passiven Gehorsam gewöhnt sind z. B. Soldaten.

v. Schrenk berechnet nach seinen vorläufigen Zusammenstellungen über die Hypnotisirbarkeit von 8705 Personen; I. Grad der Hypnose 2557. — II. Grad 4316. — III Grad 1313. — Refractäre 519. Auf 100 kommen somit: I. Grad 29, II. Grad 49. III. Grad 15. Refractäre 6. (Weiteres über diesen Punkt in dem Artikel «Hypnose»).

Man hat sich weiter bemüht, verschiedene Grade der Hypnose, dieses schlafähnlichen, durch Suggestion hervorgerufenen Zustandes aufzustellen, doch neigt man in neuerer Zeit immer mehr zu der Ansicht, dass eine scharfe Trennung derselben

nicht möglich, und dass es einzig aus praktischen Grü nden zweckmässig sei, 3 Grade der Hypnose anzunehmen:

I. Somnolenz: nur leicht Beeinflusste; der Patient kann noch mit Anwendung seiner Energie der Suggestion widerstehen und die Augen öffnen.

II. Hypotaxie oder Charme: Der Beeinflusste kann die Augen nicht mehr öffnen und gehorcht im Allgemeinen fast allen Eingebungen, mit Ausnahme der Amnesie.

III. Tiefer Schlaf oder Somnambulismus, charakterisirt durch Amnesie und posthypnotische Erscheinungen. Dabei ist jedoch festzuhalten, dass auch im leichten Schlafe posthypnotische Erscheinungen eintreten, die Suggestibilität dagegen bei tieferem Schlafe ganz gering sein kann, dass mit einem Worte Uebergänge sehr häufig bemerkt werden.

Haben wir oben hervorgehoben, dass durchaus nicht alle Menschen sich gleich gut zur Suggestiv-Therapie eignen, so müssen wir andererseits auch betonen, dass nicht jeder Arzt gleich gut zum Hypnotiseur geeignet ist, dass vielmehr gewisse persönliche und Charaktereigenschaften in dieser Beziehung eine grosse Rolle spielen. Wir dürfen niemals vergessen, dass die Patienten ein sehr feines Gefühl haben, dass sie, wenn auch oft unbewusst, sehr gut merken, ob der Arzt selbst Vertrauen zu der Sache hat: Sie fühlen es, ob er die nöthige Erfahrung, die nöthigen Kenntnisse besitzt, und je nachdem flösst er den Kranken Vertrauen ein und ist ihnen sympathisch, oder nicht. Von diesen Eigenschaften hängt ja, wie wir alle wissen, in unzähligen Fällen auch sonst der ganze Erfolg unserer ärztlichen Thätigkeit überhaupt ab

Durch eine psychische Einwirkung erreichen wir oft unendlich viel mehr wie durch noch so geistreich componirte Arzneien, und alle die Charlatane, die ausschliesslich mit Wasser oder sonstigen sogenannten Naturheilmitteln Alles heilenden Nichtärzte wissen nur zu gut, dass sie durch psychische Einwirkung mehr erreichen, wie durch ihre Verordnungen.

Darum müssen auch wir jede falsche Vorspiegelung vermeiden, unseren Patienten klar zu machen suchen, dass es sich bei unserem Verfahren nicht um geheimnissvolle Naturkräfte sondern um einen, durch Zusammenwirken von Arzt und Patienten hervorgerufenen, durchaus natürlichen, seelischen Vorgang handle, wobei wir andererseits freilich nicht darauf bestehen dürfen, einfachen Leuten mit Aufbietung aller Dialektik begreiflich zu machen, dass wir es z. B. bei den sogenannten «passes» nur mit der einschläfernden Wirkung, einer Form der Suggestion, zu thun haben.

Nicht minder feinfühlig pflegen aber intelligentere Patienten nach jener Richtung zu sein, so dass sie es sofort bemerken, ob wir selbst ganz bei der Sache sind oder nicht, ob wir bei verbaler Suggestion etwa nur mechanisch eine bestimmte Formel aussprechen; dieselben verlieren durch Zweifel in dieser Beziehung das Vertrauen oder werden dadurch so unaufmerksam, dass ein Erfolg unserer Suggestion unmöglich wird. Vor allen Dingen müssen wir nicht nur Sicherheit im Auftreten zeigen, sondern auch wirklich durch ernstes theoretisches und praktisches Studium die nöthige Sicherheit erworben haben, eine Forderung, welche hier mindestens ebenso berechtigt ist, wie bei jedem anderen therapeutischen Vorgehen, wenn wir nicht unter Umständen durch unsere Ungeschicklichkeit Schaden anrichten, oder durch zu häufig eintretenden Misserfolg die ganze Methode discreditiren wollen.

Bevor wir an die Beschreibung des Suggestiv-Verfahrens selbst gehen, müssen wir noch hervorheben, dass wir unsere Patienten auch äusserlich unter solche Bedingungen versetzen sollen, welche das Gelingen der Suggestion erleichtern. Wir müssen vor Allem dafür sorgen, dass möglichst wenig intensive Sinnenreize auf dieselben einwirken, also: Ruhe, mässig verdunkeltes Zimmer, Anwesenheit nur einer vertrauten Person, bequemes Lager oder wenigstens bequemer Sitz, nicht beengende Kleidungsstücke, — das sind alles Erfordernisse, welche die Concentrirung der Gedanken auf den einen Punkt erleichtern. Und weil die äusseren Bedingungen ganz besonders leicht in Kliniken herzustellen sind, so werden wir auch in solchen die besten Erfolge sehen, ganz abgesehen davon, dass, wie Bernheim sagt, an solchen Orten schon eine hypnotische Athmosphäre herrscht, dass die Patienten mit dem Gedanken: «hier werde ich schlafen, hier werde ich durch den Schlaf geheilt werden», die Anstalt betreten, eventuell auch Andere schlafen sehen.

Die idealste Einrichtung in dieser Beziehung dürfte, so weit unsere Erfahrung reicht, die Clinique de Psycho Therapie suggestive in Amsterdam, von Van Renterghem und Van Eden sein, in welcher, dem Namen entsprechend, einzig nur Psychotherapie, diese aber freilich in voller Ausdehnung (Rosenbach) getrieben wird.

(Schluss folgt).

Referate.

S. Triwus: Zur Behandlung der Cholera und einiger anderer acuter Infectionskrankheiten. (Wratsch Nr. 39. 1892. Russisch).

Wie in den vielen in der letzten Zeit erschienenen theoretischen Schriften über Choleratherapie, so auch in der Praxis, in Kliniken und Hospitälern, nimmt heutzutage die Desinfection des Magendarmtractus der Cholerakranken, d. h. die Vernichtung des angesammelten Toxalbumins — den ersten Platz ein. Kühnere Therapeuten verordnen oder empfehlen Sublimat, Theer, Kalkmilch etc., vorsichtigere begnügen sich mit grossen oder kleinen Dosen von Calomel, Salol, Acid. tannic. u. s. w. Diese Behandlung scheint auf den ersten Blick so zeitgemäss und rationell zu sein, dass wir uns gar nicht erinnern wollen, dass sie empirisch schon längere Zeit früher resultatlos angewandt wurde. Bei einer Vergiftung von der Magen- oder Darmspülung, von einem Abführmittel, von einem Antidot Abstand zu nehmen, fällt freilich schwer. Aber wir müssen uns doch fragen, ob das Gift per os eingedrungen war, ob es noch im Magen liegt, oder, wenn wir es neutralisiren wollen, ob es sich im Organismus noch in unverändertem Zustand befindet. Ist das alles nicht der Fall, so müssen wir die «zeitgemässe rationelle» Therapie aufgeben und uns mit der bescheidenen Rolle der Behandlung des kranken Körpers begnügen.

Was die acuten Infectionskrankheiten betrifft, so sind die erwähnten und andere Fragen noch unbeantwortet, in den Lehrbüchern werden sie entweder gar nicht oder ungenügend behandelt, in den Specialforschungen erst jetzt bearbeitet und noch von keiner Seite sicher beantwortet. Es ist daran zu erinnern:

1) Dass wir nicht wissen, wann der Kranke sich vergiftet oder inficirt hat; die Incubationsdauer ist noch bei keiner Krankheit sicher festgestellt.

2) Dass wir streng unterscheiden müssen zwischen den Giften und den Producten der pathogenen Mikroben; mit den ersten können wir uns mehrmals vergiften, das Krankheitsbild bleibt immer fast das gleiche (von der allmähligen Vergiftung ist hier nicht die Rede); ganz anders steht die Sache bei den zweiten: wer einmal eine acute Infectionskrankheit überstanden hat, wird für diese Krankheit immun (Ausnahmefälle und lange Zeitperioden ausgenommen). Mit anderen Worten: nach einer gewissen, für verschiedene acute Infectionskrankheiten verschiedenen Zeit werden die Toxalbumine für den Organismus unschädlich und bedürfen nicht mehr der Neutralisation. Dieses Immunwerden ist eben, höchst wahrscheinlich der Hauptfactor der natürlichen Heilung — die vis medicatrix naturae. Ohne dieses Immunwerden ist es unverständlich wie ein durch die Krankheit in der Ernährung heruntergekommener und erschöpfter Patient von der Vergiftung durch die Unzahl der in ihm weilenden Bakterien gerettet wird, während seine wohlernährten, gesunden Mitmenschen an dem Gifte erkranken.

Für eine rationelle Therapie müssen wir also den Zeitpunkt bestimmen können, bei dem der Kranke die Immunität für diese Krankheit erwirbt, um zu wissen, ob es noch angezeigt ist Antidote anzuwenden. Die Brüder Klemperer und Ehrlich meinen, dass bei einigen Infectionskrankheiten, wie z. B. bei der croupösen Pneumonie, die volle Immunität mit der Krise auftritt, aber, ob es eine partielle, relative Immunität giebt, die sich schon vor der Krise einstellt, ist uns noch gänzlich unbekannt. Die Menge des producirten Antitoxins ist, wie es scheint, nicht proportional der Krankheitsdauer. Wir sehen, dass der Eine schon nach einer leichten und kurzen Krankheit für immer oder lange immun wird, während der Andere selbst nach einem schweren und langen Krankenlager Recidive bekommt; im ersten Falle hat sich wahrscheinlich so viel Antitoxin gebildet, dass es nicht nur für die schnelle Neutralisation des Toxins, sondern auch für eine langdauernde Immunität des Organismus genügt, im zweiten Falle hat die Antitoxinmenge kaum für die Neutralisation des Toxins ausgereicht, Prof. Metschnikow bewies experimentell dass die Intensität der Immunität keineswegs proportional der Zahl der gemachten Impfungen ist.

Für die Therapie der Bakterieninfection von grosser Bedeutung ist die Vaccination. Sobald Papeln auftreten d. h. mit dem Anfang des Fiebers sind weder Variola noch wiederholte Impfungen für den Betreffenden mehr ansteckend, d. h. der Kranke hat die volle Immunität erworben. Weiter: warum endet die Eruption bei der Variola innerhalb eines Tages? Das bedeutet doch wohl das Auftreten der Krise und somit auch der Immunität? Wenn nun vom ersten Tage an, wo die Krankheit sich diagnosticiren lässt, auch schon die Immunität aufgetreten ist, so mus man doch fragen, was wir mit unseren desinficirenden Mitteln ausrichten wollen? Noch eigenartiger ist die Sache bei den miasmatisch-contagiösen Krankheiten, wie Typhus abdomin. etc., zu denen wir auch die Cholera zählen müssen. Wie es scheint existirt hier

ausser der Immunität noch eine zweite vis medicatrix naturae. Da diese Kranken absolut nicht ansteckend sind, so müssen wir annehmen, dass die betreffenden Bakterien oder die Toxalbumie nach dem Aufenthalte im menschlichen Körper ihre giftigen Eigenschaften verlieren, und erst einiger anderer Einflüsse bedürfen, (Boden, Luft, Uebergang aus dem anaeroben in den aeroben Zustand etc.) um wieder ansteckungsfähig zu werden. Nach einer Zeit also wird das Gift unschädlich ebenso für den Träger wie auch für die Umgebung; diese Zeit ist nicht länger anzunehmen als die Dauer der Incubationsperiode, da ja sonst die Gefahrlosigkeit des Kranken für die Umgebung unverständlich wäre. Wir können sagen, dass der Kampf des Organismus mit den pathogenen Bakterien mit der gleichzeitigen Entkräftung beider Seiten endet, und dass im Moment wo die Krankheit sich manifestirt, wir nicht mehr gegen den erschöpften und unschädlich gemachten Feind zu kämpfen brauchen, sondern vielmehr die Aufgabe haben, dem verwundeten Organismus zu helfen, dass er sich von seinen Wunden erhole.

Wollen wir den ganz unwahrscheinlichen Fall annehmen, dass wir den Kranken bevor der genannte Kampf zwischen beiden begonnen hat, antreffen. Können wir hier mit der Desinfection den Feind vor dem Kampf tödten? Wir müssen diese Frage durchaus verneinen. Nicht nur den Körper, nicht einmal den Darm zu desinficiren sind wir im Stande. Ebenso wie die Eitercoccen, die in der Umgebung eines Abscesses sitzen, für den Organismus gefährlicher sind als diejenigen des Abscesses selbst, sind auch die in die Darmwand eingedrungenen Bakterien viel schädlicher als die im Darmlumen befindlichen, aber schon mit den letzteren ist der Kampf nicht leicht, geschweige mit den ersteren. Ich erinnere an das Experiment von Lustig. Er machte bei Cholerakranken Darmeingiessungen einer Lösung von 1½ pCt. acid. tannic. und 0,02 ‰ Sublimat und bekam aus der zurückgewonnenen Flüssigkeit schöne Culturen der Cholerabacillen. Manche behaupten, dass, wenn es auch nicht gelingt, die Cholerabacillen zu tödten, es doch rationell ist den Darm zu desinficiren, damit dabei andere Mikroorganismen absterben, und der Körper nur mit einem Feinde zu kämpfen hätte. Diesen gegenüber wollen wir an Kaupe's Experiment erinnern. Er machte eine Saat von Cholerabacillen auf nicht sterilisirtem Koth bei 15 pCt. C. und bekam positive Resultate nur in den ersten 24 Stunden, später wollte keine Probe gelingen, obgleich er die T.° am 20. Tage bis 36° C. bracht. Bei sterilisirtem Koth mit saurer (!) Reaction gelangen die Culturen sogar am 10. und 11 Tage!

Wollen wir weiter annehmen, dass wir wohl im Stande sind die Bakterien zu tödten, sogar die der Darmwand. Da müssen wir im Auge behalten, dass zusammen mit der schädlichen Wirkung der pathogenen Bakterien eine segensreiche Immunisirung des Organismus vor sich geht, diejenigen Bakterien, welche das Toxin produciren, liefern auch das sogenannte «Bakteriotoxin» (Emmerich). Vielleicht treffen wir Aerzte gewöhnlich den Kranken gerade dann an, wenn die Production des Toxins zu Ende ist und die Production des Antitoxins oder Bakteriotoxins erst anfängt; indem wir jetzt die Bakterien tödten, schaden wir auch dem Kranken. Im Falle der gleichzeitigen Production des Toxins und Antitoxins befinden wir uns mindestens in der Lage des Wilhelm Tell, der, auf den Apfel zielend leicht den Kopf treffen konnte. Dabei mangelt es uns noch an seiner Fertigkeit. Das Gesagte findet einige Bestätigung in den Untersuchungen von Prof. Pasternatzky, welcher bewiesen hat, dass die Antipyretica die Recidive vermehren, was wir durch die mangelhafte Bildung des «Immunotoxinprotein» oder Bakteriotoxin erklären können. Es ist hier noch an die schädliche Wirkung auf die Gewebszellen seitens sogar minimaler Dosen verschiedener Arzneien z. B. Calomel (Stomatitis, Fieber etc.) zu erinnern; es kann gelegentlich diese Wirkung des Calomel auf lebende Zellen einen echten Bärendienst erweisen.

Auf Grund des Gesagten scheint es ganz irrationell, bei den acuten Infectionskrankheiten mit den desinficirenden Mitteln die Zeit zu vergeuden; wir müssen vielmehr den kranken Körper selbst zu heilen suchen. Womit? Die Mittel drängen sich nach dem Gesagten von selbst auf.

Wie erwähnt, geht parallel mit der Heilung auch die Immunisirung des Organismus vor sich. Die Immunisirung d. h. die Heilung ist durch einen gewissen Stoff das «Immunotoxinprotein» oder «Antitoxin» bedingt. Behring und Kitasato haben bewiesen, dass das Blut von einem künstlich immun gemachten Thier ebenso die Kraft besitzt, ein anderes Thier, dem es transfundirt wird, immun zu machen, wie die künstliche immunisirende Flüssigkeit selbst. Es ist sogar anzunehmen, dass das Blut (Serum) schneller wirken wird, als die künstlich präparirte immunisirende Flüssigkeit, weil das Immunitoxinprotein hier wahrscheinlich schon in fertigem Zustande sich befindet, während in der künstlichen Flüssigkeit nur das Material dazu vorliegt. Es liegen schon gelungene Versuche dieser Art vor. Italienische Aerzte heilten Tetanuskranke durch Bluttransfusion von einem künstlich immun gemachten Pferd. Bis jetzt hat noch Niemand versucht Blut von einem auf natürlichem Wege immun Gewordenen d. h. von der Krankheit Genesenen zu verwenden, um es einem an derselben Krankheit neu Erkrankten zu transfundiren. Es ist zweifellos, dass am Anfange der Krankheit, zur Zeit wo wir es noch mit der directen Wirkung der Bacillen und ihrer Toxine zu thun haben, d. h. bevor die Folgen der Vergiftung zu Tage treten (Eiterung bei Variola, Uraemie bei Cholera etc.), wir mit der genannten Transfusion positive Resultate bekommen müssen und zwar schneller als mit der künstlich präparirten immunisirenden Flüssigkeit. Autorreferat.

Vermischtes.

— Zum Präsidenten der russischen chirurgischen Gesellschaft zum Andenken an Pirogow ist, an Stelle des verstorbenen Leibarztes Dr. Obermüller, Dr. A. Ebermann gewählt worden.

— Am 21. September vollendeten sich 30 Jahre der Lehrthätigkeit des bekannten hiesigen Syphilidologen Prof. B. M. Tarnowski. Der Jubilar hatte sich der Feier dieses Tages entzogen. Wie verlautet, ist Prof. Tarnowski noch auf ein Jahr und 9 Monate im Amt als Professor an der militär-medicinischen Akademie belassen worden.

— Prof. Billroth in Wien ist von der hiesigen militär-medicinischen Akademie zum Ehrenmitgliede gewählt worden.

— Der vor Kurzem verabschiedete Professor der physiologischen Chemie an der militär-medicinischen Akademie Dr. N. W. Ssokolow wird seine Vorlesungen an der genannten Akademie als Privatdocent fortsetzen.

— Verstorben: 1) Am 14. September in Riga der dortige praktische Arzt Dr. Alexander Allenstein, im 59. Lebensjahre am Schlage. Der Hingeschiedene stammte aus Livland und hatte seine medicinische Ausbildung auf der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1854—1859 studirte. Nach Erlangung des Arztgrades liess A. sich im J. 1862 in Riga nieder, wo er bis zu seinem Lebensende als praktischer Arzt thätig war. Von 1864—83 war er auch Arzt des livländischen Hofgerichts. 2) Am 21. August in Nogaisk (Taurien) der dortige Arzt P. M. Nadeshdin im 81. Lebensjahre. Der Verstorbene war ein Schüler der Moskauer Universität, an welcher er im Jahre 1834 den Grad eines Arztes I. Classe erhielt. Nach 40jährigem Dienst lebte er pensionirt in Nogaisk. 3) Der jüngere Arzt des Odessaschen Infanterieregiments S. M. Diakonow. 4) In Greifswald der Privatdocent und Assistent am pathologischen Institut der dortigen Universität, Dr. Alfred Kruse im 29. Lebensjahre am Herzschlage.

— In Halle ist der Professor der orientalischen Sprachen Dr. Aug. Müller gestorben, welcher sich grosse Verdienste um die Geschichte der Medicin erworben hat, indem er «Oseibias Geschichte der arabischen Aerzte» und «Arabische Quellen zur Geschichte der indischen Medicin» herausgegeben hat.

— An Stelle des pensionirten Professors Carl Schmidt ist der bisherige Docent für physiologische Chemie, Dr. Gustav Tammann, zum ausserordentlichen Professor der Chemie an der Universität Dorpat, gerechnet vom 1. Sept. d. J. ab, ernannt worden.

— Für den seit dem Tode Prof. Skolosubow's erledigten Lehrstuhl der Nervenkrankheiten an der Universität Kasan ist der Privatdocent der Moskauer Universität, Dr. L. N. Darkschewitsch, in Aussicht genommen.

— Von den 12 Candidaten, welche als Bewerber um den durch Prof. Manassein's Rücktritt vacant gewordenen Lehrstuhl der speciellen Pathologie und Therapie sich gemeldet haben, ist einer, der Privatdocent der Kasanschen Universität Dr. Dochmann, wegen zerrütteter Gesundheit zurückgetreten. Die Wahl wird in einer der nächsten Conferenzsitzungen der Akademie stattfinden.

— Dem ausseretatmässigen Consultanten des Nikolai-Militärhospitals, Ehrenleibmedicus Dr. Scherschewski ist es Allerhöchst gestattet worden, den ihm verliehenen montenegrinischen Danillo-Orden II. Classe anzunehmen und zu tragen.

— Bei der am 19. September stattgehabten Immatriculation wurden, wie die «N. D. Ztg.» berichtet, in die Zahl der Studirenden der Dorpater Universität 100 neu aufgenommen, von denen 60 für die medicinische Facultät (und zwar 42 Mediciner und 18 Pharmaceuten), 13 für die physiko-mathematische Facultät, 15 für die theologische Facultät, 9 für die juristische und 3 für die historisch-philologische Facultät inscribirt wurden. Im Ganzen betrug die Zahl der Studirenden an diesem Tage 1558 (gegen 1670 im August vorigen Jahres und 1649 im Januar dieses Jahres), und zwar vertheilt sich diese Zahl auf die einzelnen Facultäten wie folgt: Zur medicinischen Facultät zählen 952 (834 Mediciner und 118 Pharmaceuten), zur theologischen Facultät 243, zur physiko-mathematischen Facultät 161, zur juristischen 136 und zur historisch-philologischen Facultät 66.

— Das Organisations-Büreau der hier im nächsten Jahre stattfindenden allrussischen hygienischen Ausstellung hat den Anmeldungs-Termin für die Aussteller bis zum 1. December d. J. verlängert.

— Die Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit beabsichtigt in St. Petersburg ein hygienisches Museum zu gründen. Sie hofft, dass die Aussteller der bevorstehenden Hygiene-Ausstellung manche von ihren Ausstellungsgegenständen zum Besten des Museums spenden werden.

— Die hiesige Gesellschaft russischer Aerzte beging am 12. September ihren 58. Jahrestag, Aus dem von dem Secretär Dr. Ssirotinin bei dieser Gelegenheit verlesenen Berichte für das verflossene Jahr geht hervor, dass die Gesellschaft gegenwärtig 70 Ehrenmitglieder, 207 ordentliche Mitglieder und 26 correspondirende Mitglieder zählt. Aus der Zahl ihrer Ehrenmitglieder hat die Gesellschaft im vorigen Jahre durch den Tod drei verloren (die Proff. Andrejewski, Babuchin und Kowalewski) und an ihre Stelle drei neue Ehrenmitglieder (Helmholtz, Térrier und Dr. Archipow) gewählt. Die Zahl der Mitglieder hat sich um 7 vergrössert. Im Laufe des Berichtsjahres hat die Gesellschaft 17 Sitzungen abgehalten, in denen 35 wissenschaftliche Vorträge gehalten wurden. Die von der Gesellschaft zu vergebende Rudnew-Prämie wurde Dr. N. W. Uskow einstimmig zuerkannt für seine Arbeit «Das Blut als Gewebe». In der Casse der Gesellschaft befinden sich nach dem Berichte des Cassirers Dr. W. Pokrowski zur Zeit 37187 Rbl. in Werthpapiren und 176 R. 95 K. in barem Gelde, und zwar gehören davon 17387 R. zum eigenen Capital der Gesellschaft, 8600 R. zu dem auf Prof. Gruber's Namen gesammelten Capital, 5300 R. zum Capital des Prof. Naranowitsch, 5600 R. zum Rudnew-Capital und 300 R. zum Glebow-Capital. Ausserdem sind zur Bildung eines Capitals auf den Namen Prof. S. P. Botkin's durch die Sammlungen gegenwärtig bereits über 21,000 R. aufgebracht worden.

Die Wahlen der Glieder des Verwaltungsvorstandes der Gesellschaft für das nächste Jahr hatten folgendes Ergebniss: Es wurden gewählt zum Präsidenten — Prof. Iwanowski, zum Vicepräsidenten — Privatdocent Dr. N. J. Ssokolow, zum Secretär — Privatdocent Dr. Ssirotinin, zum Bibliothekar — Privatdocent Tschelzow und zum Cassirer — Dr. W. Pokrowski.

— Für das Pirogow-Denkmal sind bereits über 9000 R. gesammelt worden.

— Wie einige Tagesblätter berichten, werden gegenwärtig Daten über die im Kampfe gegen die Cholera- und Typhusepidemie in den Nothstandsgouvernements gestorbenen Aerzte gesammelt, um als Material bei der Entscheidung der Frage in Betreff der erhöhten Pensionen für die Familien der Aerzte zu dienen.

— Einige Edinburger Professoren der Medicin beziehen wahre Ministergagen. So bezieht der Professor der med. Chemie A. Crum Brown 3450 Pfd. Sterling (nach dem gegenwärtigen Curse über 34.000 Rbl. S,) jährlich; der Anatom Professor William Turner — 3000 Pfd. (gegen 30,00) Rbl,); Prof. William Rutherford — 2581 Pfd. (über 25,000 Rbl.) u. s. w. (Tits-Bits—Wr.).

— Die Gesellschaft praktischer Aerzte in Riga hat in ihrer letzten Generalversammlung Dr. A. Mercklin (in Rothenburg bei Riga) zum Präses und Dr. Dahlfeldt zum Secretär gewählt.

— Das Leprosorium in Nennal (am Peipus-See in Livland belegen) ist, wie wir der N.-D.-Ztg entnehmen bereits soweit fertig gestellt, dass es in diesen Tagen eröffnet werden kann. Es ist nicht zu bezweifeln, dass die vorhandenen 50 Betten dieser neuen Heimstätte der armen Leprösen bald bis auf den letzten Platz besetzt sein werden, da allein von der Insel Oesel schon 21 Leprakranke angemeldet sein sollen.

— Der Rückgang der Choleraepidemie hat seit unserem letzten Bericht überall in der Welt, wo sie bisher herrschte, erfreuliche Fortschritte gemacht. Neu aufgetreten ist die Cholera in der letzten Zeit nur in Budapest (Ungarn) und in Odessa, wo vom 11.—16. September an der Cholera 10 Personen erkrankt und 4 gestorben sind. Auch aus Pleskau werdon neuerdings einige choleraartige Erkrankungen gemeldet.

In Russland weist die Choleraepidemie fortgesetzt eine rückläufige Tendenz auf. Die grösste Zahl der Erkrankungen und Todesfälle kommen noch immer im Gouvernement Ssaratow vor (am 20. September 265 Erkrankungen und 131 Todesfälle), doch ist dieselbe auch dort jetzt kaum $^1/_3$ so gross als zur Zeit der Acme der Epidemie.

In St. Petersburg ist ein erfreulicher weiterer Rückgang der Epidemie bemerkbar. Die Zahl der Erkrankungen an der Cholera schwankte in den letzten Tagen zwischen 12 und 25, die Zahl der Todesfälle zwischen 4 und 8 pro Tag. Es stehen daher bereits mehrere Cholerabaracken unbenutzt da und hat auch die Stadtverwaltung beschlossen die Cholerabaracken bei den städtischen Hospitälern zu schliessen mit Ausnahme der Baracken des Botkinschen Barackenhospitals, des Marien-Magdalenen-Hospitals und des Alexanderhospitals für Arbeiter.

Nach den officiellen Bulletins betrug die Gesammtzahl der Choleraerkrankungen in St. Petersburg bis zum 23. September Mittags 3800, die der Genesenen 2598 und der Verstorbenen 1131. Die Gesammtzahl der Cholerakranken in den Hositälern St. Petersburgs betrug am 23. September nur noch 118.

In Riga bleibt die Cholera in mässigen Grenzen. Am 19. und 20. September erkarnkte dort an beiden Tagen nur je eine Person, es starb 1. und es verblieben in Behandlung 13.

In Hamburg ist die Intensität der Choleraepidemie bis jetzt in stetiger Abnahme geblieben. Mit 70 Erkrankungen und 33 Todesfallen, die am 14. (26.) September gemeldet wurden, ist sie bereits auf etwa den 10.—12. Theil der Ausdehnung angelangt, die sie zur Zeit ihrer Acme erreicht hatte. Aus Deutschland werden sonst nur vereinzelte Cholerafälle gemeldet. Was die übrigen europäischen Länder anbetrifft, so hat in Frankreich die Cholera nachgelassen und sind in Grossbritannien, Dänemark, Italien und den Niederlanden nur vereinzelte Choleratodesfälle vorgekommen.

Vacanzen.

1) Im Kreise Ustsyssolsk (Gouv. Wologda) ist eine Landschaftsarztstelle zu besetzen. Gehalt 1500 R. jährlich bei freien Amtsfahrten. Wohnsitz beim Hospital im Kirchdorfe Ustkulemsk. Adresse: «Устьсысолская Земская Управа».

2) Es wird für einen ärztlichen Bezirk im Kreise Tichwin (Gouv. Nowgorod) ein Arzt gesucht. Gehalt 1200 R. jährlich. Wohnsitz beim Krankenhause mit 5 Betten. Dem Gesuch ist eine Empfehlung von der früheren Stelle oder von einem Professor beizufügen.

3) Im Kreise Starodub (Gouv. Tschernigow) ist eine Landschaftsarztstelle erledigt. Gehalt 1200 R. jährlich. Adresse: «Стародубская Земская Управа».

4) Für den Flecken Ganuschischki bei der Station Rakischki der Libau-Romny-Bahn im Gouv. Kowno wird ein Arzt gesucht. 100 Rbl. Fixum, sowie freies Quartier mit Beheizung von dem Apotheker. Lohnende Praxis. Nähere Auskünfte ertheilt der örtliche Apotheker.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 13. September bis 19. September 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr	Unbekannt.
252	207	459	98	31	51	10	5	11	42	58	59	38	25	20	8	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 1, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 4, Scharlach 4, Diphtherie 2, Croup 1, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 13, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica —, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 89, Tuberculose anderer Organe 7, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 33, Marasmus senilis 16, Krankheiten des Verdauungscanals 62, Todtgeborene 35.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 29. September.

Tagesordnung: Dr. Selenkow, 2 Fälle von Pyloroplastik.

Дозв. ценз. Спб. 26 Сентября 1892 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 40 St. Petersburg, 3. (15). October **1892**

Ein Fall von idiopathischem Magenabscess und ein Fall von subphrenischem Abscess.

Vorgetragen in der med. Gesellschaft zu Dorpat.

Von

Dr. Joh. Meyer.

Herr A. H., Ingenieur, 41 a. n., hat sich stets der besten Gesundheit erfreut. Nur in der letzten Zeit hatte Patient, vielleicht in Folge mannigfaltiger Aufregungen, welche sein Beruf mit sich brachte, nicht ganz wohl ausgesehen. Am 9. November 1890 hatte er an einer geselligen Zusammenkunft theilgenommen, nach welcher sich am folgenden Tage eine leichte Indisposition geltend machte. Patient war jedoch allen Berufspflichten nachgekommen. Abends 1/28 Uhr stellte sich Frösteln ein, gleichzeitig trat eine sehr von seinem ruhigen ernsten Wesen abstechende Aenderung im Benehmen auf: Patient ging pfeifend und jodelnd in seinem Bureau umher. Nachts um 1/212 Uhr begann heftiges Erbrechen von Galle und Schleim, das Sensorium war nicht ganz frei.

11. November. T. 38°,9 P. 100.—T. 40°,3 P. 106. Um 10 Uhr Vormittags constatirte ich folgenden Befund: Patient würgt beständig, wobei gallige Schleimmassen ohne jede Spur von Blut zum Vorschein kommen. Abdomen leicht druckempfindlich, nicht aufgetrieben. Puls klein, hart, regelmässig. Pupillen auffallend eng, kaum merklich reagirend, Unruhe, Sensorium benommen, Patient redet während der Untersuchung planlos hin und her. Am Nachmittage nur kurze Pausen im Erbrechen, nach welchem etwas Erleichterung verspürt wird. Bei ganz regelmässigem Pulse ist ein eigenthümlicher Athmungsmodus zu constatiren. Eine Reihe von tiefen, ganz regelmässigen Athemzügen wird unterbrochen durch etwa 6 ganz oberflächliche, unter sich ganz gleiche Respirationsbewegungen. Abdomen etwas gespannt, in der Herzgrube druckempfindlich. Flatus sind abgegangen. Urin reichlich, klar, dunkel. Pupillen sehr eng, Innervation der Augen- und Gesichtsmuskel intact. Ord.: Morph. und Bismuth, Eis auf den Kopf, Blutegel hinter die Ohren. Am Abend ist das Erbrechen etwas seltener. Das Gesicht ist blass. Athmungstypus wie früher. Muskelzuckungen im Bein; Sehnenreflexe lassen sich nicht erzielen im Uebrigen ist der Befund an Nervensystem, Muskulatur und inneren Organen negativ. Ord.: Calomel in mehreren Dosen zu 0,2.

12. November. T. 39,1°, P. 100. — T. 38,2° P. 92. Patient hat in der Nacht den Stuhl unter sich gelassen, was ihm jedoch bald zum Bewusstsein gekommen. Der Schmerz ist genau auf die Magengegend begrenzt. Es erfolgen mehrere bräunliche, flüssige Ausleerungen, mit festen Bröckeln untermengt. Die Athmung ist ruhiger, das Sensorium klarer, Erbrechen seltener Am Abend ist das Bewusstsein ganz ungetrübt. Links unter dem Rippenbogen Druckempfindlichkeit. Urin sehr concentrirt, starkes Durstgefühl.

13. November T. 39,1°, P. 100 — T. 39,7°, P. 108. Seit 2 Uhr früh kein Erbrechen mehr. Sensorium völlig frei. Thee und Haferdecoct wird gut vertragen. Die Empfindlichkeit der Magengegend ist etwas geringer. Im Coecum Succussionsgeräusch. Die ruhige Respiration ist nur durch wenige tiefe Athemzüge unterbrochen.

14. November T. 39,2° P. 92. — T. 38,7°, P. 84. Nacht unruhig, Delirien. Zunge trocken, kein Erbrechen. Urin enthält Albumin in Spuren.

15. November 38,6°, P. 96. — T. 38,5° P. 98. Nacht schlaflos. In der Gegend des linken Leberlappens mehrmals heftige Stiche. 7 spontane Ausleerungen, die erste grün, die späteren dunkelbraun gefärbt und flüssig. Urin braunroth, enthält Gallenfarbstoff und spärlich Albumin. Leichte ikterische Verfärbung der Bulbi und der Integumente. Die Leberdämpfung in der Mamillarlinie bis zur V. Rippe, der linke Lappen etwas vergrössert, druckempfindlich. Der II. Herzton gespalten. Athmung regelmässig. Ord.: Priessnitz über die Lebergegend, Opium.

16. November T. 39,4°, P. 106. T. 39,7°, P. 110. Nacht ruhig. Diarrhoe sistirt, Zunahme des Ikterus. Lebergegend sehr schmerzhaft, die Leberdämpfung verbreitet, reicht von der Höhe der Mamilla bis zum Rippenbogen. Hinten ist am Thorax beiderseits der Percussionsschall bis zur unteren Spitze der Scapula gedämpft. Die Auscultation ergiebt rechts und links unten abgeschwächtes Athmen, darauf mehr nach oben eine Zone fast bronchialen Athmens, ganz oben normales Vesiculärathmen. Der Spitzenstoss links von der Mamilla, Herzdämpfung dem entsprechend verbreitert. Ord.: Eisbeutel, Opium.

17. November T. 38,7°, P. 110. — T. 39,1°, P. 112. Schlechtes Befinden. Seit der Nacht Hustenreiz. Athmung oberflächlich. Dämpfung unverändert. Ikterus geringer. Ord.: Wein.

18. November. Seit dem Morgen Lungenoedem, 2 Uhr Mittags Exitus letalis.

Herr Prof. Thoma führte die Section aus; Folgendes theile ich aus dem Sectionsprotokoll mit:

Darm stark mit Gas gefüllt. In der rechten Pleurahöhle geringe Mengen trüber Flüssigkeit, in der linken klares Serum mit vielen gallertigen Fibringerinnseln. Auch im Herzbeutel etwas klares gelbes Serum. Das Zwerchfell steht sehr hoch, so dass infolgedessen das Herz mehr horizontal liegt. Herz von mittlerer Grösse, enthält zahlreiche frische Gerinnsel und flüssiges Blut; in dem rechten Herzohr einzelne globulöse Gerinnungen von weisser Farbe; die Musculatur schlaff und trübe. In der absteigenden Aorta einzelne gelbe Flecke. Linke Lunge

im allgemeinen klein, Pleura pariet. und pulm. stärker geröthet, in den unteren Abschnitten mit fibrinös eitrigem Belag. Die kleinen Bronchien etwas erweitert, enthalten trübes, röthliches Secret. Pulmonalarterie frei: Das Gewebe des oberen Lungenlappens lufthaltig, sehr feucht und blutreich; das des unteren Lappens blutüberfüllt, von vermindertem Luftgehalt. Rechte Lunge ebenso; an der Pleurafläche ausserdem kleine Fibringerinnsel. Die diaphragmatische Oberfläche der Leber ebenso wie das unterste Ende des Ileum unmittelbar über der Ileocoecalklappe mit fibrinösen eitrigen Belägen versehen, in der kleinen Beckenhöhle etwas trübe, fibrinflockenhaltige Flüssigkeit. Die Milz sehr stark vergrössert, Kapsel schlaff, gerunzelt. Pulpa stark vermehrt, Trabekeln und Malpighische Körperchen weniger deutlich. Die Duodenalschleimhaut stark hyperämisch, stellenweise ekchymosirt. Papilla Vateri etwas geschwellt. Im Ductus choledochus sowie in der Gallenblase dunkel olivengrüne zähe Galle; Vena portae enthält ein frisches Gerinnsel. Das Lebergewebe intensiv trübe, acinöser Bau undeutlich.

Im Fundustheil des Magens multiple Ekchymosen; in der Nähe der Kardia in der hinteren Magenwand eine geröthete Stelle. In deren Mitte ein unscharf begrenzter Fleck sichtbar ist. Beim Einschneiden gelangt man hier in 2 längliche streifenförmige mit dicklichem Eiter gefüllte Höhlen von etwa 2 Ctm. grösster Länge, welche ihren Sitz zwischen Mucosa und Muscularis, zum Theil in letzterer selbst haben. Die zugehörige Peritonealfläche ist gleichfalls von Eiter durchsetzt. Die Innenfläche der Dura Mater zeigt Spuren eines gelblichen Belags.

Die Anamnese ergab keine Anhaltspunkte zur Erklärung der schweren Erkrankung. Der Patient konnte sich entsinnen, am Tage vor der Erkrankung Häring gegessen zu haben, so dass die Möglichkeit einer Verletzung durch eine Gräte nicht ausgeschlossen ist.

In diagnostischer Hinsicht bot der Fall die grössten Schwierigkeiten. Am dritten Tage wurde zur Erklärung der zum Theil pyämischen Erscheinungen die Möglichkeit eines Typhus incipiens, einer Meningitis oder namentlich einer Phlegmone ventriculi in Erwägung gezogen und zunächst keine definitive Entscheidung getroffen. Als jedoch in Folge der Ausbildung des Lebertumors am sechsten Tage die Untersuchung Verlagerung des Herzens, Hochstand des Zwerchfells mit Compression der Lungen nachwies, — da lag es nahe, einen eitrigen Erguss entweder unter oder über dem Zwerchfell anzunehmen. Ich sah mich veranlasst, erstere Annahme zu bevorzugen; eine definitive Entscheidung musste der Zukunft vorbehalten bleiben, schon weil der Zustand des Patienten zunächst wiederholtes Untersuchen verbot. Der Exitus letalis trat früher ein, als erwartet werden musste, und vereitelte die Absicht, eine genaue Differentialdiagnose zu versuchen.

Die Section wies einen primären phlegmonösen Process der Magenwand nach, welcher als Ausgangspunkt der übrigen pathol.- anatom. Veränderungen zu betrachten ist und die dunklen klinischen Symptome veranlasst hatte.

Die Gastritis phlegmonosa zählt zu den seltenen Affectionen. Nach der Zusammenstellung von Glax, welche mir leider nicht im Original zur Disposition stand, sind 51 Fälle bekannt. In der neueren Literatur habe ich nur wenige Mittheilungen, darunter eine von Lindemann[1]) gefunden, die eine ältere Dame betrifft bei welcher nach Extraction mehrerer Zähne ulceröse Processe mit höchst infectiösem Secret in der Mundhöhle sich entwickelten. Dieses rief offenbar im Magen einen diffusen phlegmonösen Process hervor. Der Mann der Patientin, welcher die Säuberung des Mundes besorgte, acquirirte sich eine bösartige Phlegmone der Hand.

Der von mir beobachtete Fall bestätigt in jeder Hinsicht Ewald's Ansicht, dass die Diagnose dieser Affection wohl nur durch Zufall richtig gestellt werden kann, und eine wirklich präcise Differential-Diagnose kaum für möglich zu erachten ist. Wie in den meisten Fällen, so traten auch hier die pyämischen Erscheinungen in den Vordergrund; die localen Symptome liessen eine zweifellose Deutung nicht zu.

[1]) Münchener med. Wochenschrift 1887. Nr. 25.

Im Jahre 1888 habe ich folgenden Krankheitsfall beobachtet:

Ein 21jähriges Mädchen, das schon vielfach wegen Magenbeschwerden behandelt worden war, erkrankte plötzlich unter Erscheinungen, welche die Annahme einer Perforation eines runden Magengeschwüres mit nachfolgender circumscripter Peritonitis rechtfertigten. Allmälig mässigten sich die heftigen Schmerzen im Epigastrium, es traten jedoch lebhafte Stiche im linken Hypochondrium auf, ohne dass sich pleuritische Symptome hätten nachweisen lassen. Die Temperatur schwankte zwischen 38,5° und 39,5°. Nach 10tägigem Verlauf trat leichter Husten auf, wobei spärliche rostbraune, elastische Fasern und verfettetes Lungenepithel enthaltende Sputa entleert wurden. Zugleich wurde links hinten unten am Thorax eine nicht scharf begrenzte Dämpfungszone nachweisbar, auscultatorisch abgeschwächtes Vesiculärathmen und feinblasiges Rasseln. Nach mehreren Tagen trat am unteren Winkel der Scapula hauchendes Athmen auf. Nach Lageveränderungen der Patientin war bisweilen ein eigenthümlich metallisch klingender Schall, wie vom Herabfallen eines Tropfens herrührend, wahrnehmbar. Weitere Aenderungen im Befund traten nicht mehr ein. Die Gegend des linken Hypochondriums war stets druckempfindlich und etwas aufgetrieben. — Nachdem wiederholt aashaft riechende, schwarze Flocken enthaltende Flüssigkeit durch Erbrechen entleert worden, trat 26 Tage nach dem Beginn der Erkrankung unter Erscheinungen allgemeiner Erschöpfung der Exitus letalis ein.

Bei der Section fand sich eine grosse Höhle mit schwarzen, brandig zerfallenden Wänden links unter dem Zwerchfell, welche nach rechts vom linken Leberlappen und dem Lig. hepatis, nach vorn und unten vom Magen und Colon transversum, nach links von der Milz begrenzt wird. Aus der kleinen Curvatur des Magens führt eine scharfrandige runde Oeffnung von 8 Mm. Durchmesser in die Abscesshöhle. Die Muscularis war im Bereich der Perforationsöffnung retrahirt, so dass der äusserste Saum derselben von der Mucosa allein gebildet wird. Die Magenschleimhaut wies eine grosse strahlige Narbe zunächst der Perforationsöffnung auf. Im Zwerchfell fanden sich 4 runde, missfarbige zerfallene Partien, welchen entsprechend sich in dem adhärenten pneumonisch infiltrirten unteren Lungenlappen 4 Herde von Nuss- bis Wallnussgrösse fanden.

Es handelte sich also in diesem Falle um einen gashaltigen subphrenischen Abscess, entstanden durch Perforation eines Ulcus rotundum und Abkapselung der consecutiven Peritonitis. Die Diagnose war intra vitam bloss auf circumscripte Peritonitis und septische Pneumonie mit Cavernenbildung gestellt worden. Die Lage des Abscesses unter dem Zwerchfell hatte nicht festgestellt werden können. Der Umstand, dass die Abscesshöhle frei mit dem Magen communicirte, somit einen wechselnden Gas- und Flüssigkeitsinhalt haben musste, machte eine diagnostische Abgrenzung desselben unmöglich. Intra vitam war angenommen worden, dass das Phänomen der Gutta cadens in einer Caverne entstände; nach der Section schien es wahrscheinlicher, dass es in der Abscesshöhle zu Stande kam, in welcher bei plötzlichen Lageveränderungen des Körpers durch die unebenen Wandungen zur Tropfenbildung Gelegenheit geboten war.

Leyden[2]) stellt mehrere Punkte auf, welche in differentialdiagnostischer Hinsicht beim gashaltigen subphrenischen Abscess in Betracht gezogen werden müssen. Dieselben zielen hauptsächlich darauf hin, den Nachweiss zu liefern, ob der Abscess unter oder über dem Zwerchfell liegt. Namentlich bei hochgradiger Exsudatbildung muss die Diagnose meist möglich sein. In meinem Fall lag die Möglichkeit, überhaupt ein Exsudat, eine Eiteransammlung nachzuweisen, gar nicht vor, wie ich oben bemerkt habe. Damit war die Schwierigkeit für die Differentialdiagnose gegeben. Beim Fall von Magenabscess hingegen wurde durch die starke Schwellung der Leber ein das Zwerchfell nach oben drängender, die Lunge comprimirender subphrenischer Erguss vorgetäuscht, so dass die anfangs gestellte zutreffende Wahrscheinlichkeitsdiagnose aufgegeben wurde.

Diese diagnostischen Schwierigkeiten haben mich veranlasst, diese casuistischen Mittheilungen zu veröffentlichen.

[2]) Zeitschrift für klin. Med. 1880, I. Bd., pag. 320.

Suggestiv-Therapie.

Von

Oberstabsarzt a. D. Dr. von Corval in Baden-Baden.

Aus den Encyclopädischen Jahrbüchern I. Band, herausgegeben von Professor Eulenberg in Berlin).

(Schluss).

Wenn wir nun dazu schreiten die Suggestion anzuwenden, müssen wir, wie schon gesagt, vor allen Dingen unseren, in möglichst bequeme Position gebrachten Patienten in eine ruhige, behagliche Stimmung zu versetzen suchen. Wir sagen ihm, dass jeder Mensch bei gutem Willen schlafen könne, und dass dieser Schlaf seine Krankheit heilen oder doch erheblich bessern werde, ohne dass er irgend welche Unannehmlichkeit habe, dass er sich nach demselben erquickt und behaglich fühlen müsse. Wir geben ihm die Versicherung dass seine Unterwerfung unter unseren Willen nur vorübergehend wäre, so wie er nur mit seinem vollen Einverständnisse einschlafen könne, und der geringste Widerstand von seiner Seite unseren Einfluss vollkommen aufheben müsse. Er möge seine Gedanken einzig nur auf Einschlafen concentriren, von allem Anderen abzulenken suchen, das Auge des Arztes fixiren, seine Augen jedoch sofort schliessen, sobald er ein Gefühl von Druck in der Stirne fühle.

Ein solches Fixiren, welches aber nicht in ein Anstarren ausarten darf, erleichtert die Concentration der Gedanken ausserordentlich. Indem wir selbst wieder die Augen des Patienten fixiren, suggeriren wir der Reihe nach die Erscheinungen des eintretenden Schlafes mit ruhiger monotoner Stimme: «Sie fühlen schon eine gewisse Schwere in den Gliedern, es macht Ihnen Mühe die Augen offen zu halten, der Blick trübt sich, Sie sehen mein Gesicht doppelt, dasselbe wird immer undeutlicher, die Schwere der Glieder wird immer stärker, Sie können nicht mehr widerstehen, Sie können die Augen nicht mehr offen halten, schliessen Sie die Augen, schlafen Sie»!

Mit diesen oder ähnlichen Worten gelingt es in den meisten Fällen den hypnotischen Schlaf hervorzurufen. In anderen Fällen, bei sehr suggestiblen Personen und bei häufiger Wiederholung der Sitzungen genügt schon der einfache Befehl: «Schlafen Sie!» um sofort tiefen Schlaf, Somnambulismus, zu erzeugen. Zuweilen ist es dagegen nothwendig, ein kurzes Verfahren anzuwenden, die Patienten gleichsam zu überrumpeln, ihnen keine Zeit zu Reflectionen, zu Autosuggestionen zu geben («bei mir wirkt das Zureden Nichts, ich bin nicht empfänglich, ich will nicht einschlafen», u. dgl.).

Zuweilen wieder dauert es, selbst bei dem besten Willen der Kranken sehr lange, bis sie die nöthige Ruhe gewinnen, zu der Concentration der Gedanken auf den einen Punkt des «Schlafes» gelangen, und muss man sich wohl hüten, hierbei die Suggestions-Versuche zu lange fortzusetzen. Man wiederholt dieselben lieber den nächsten Tag und erreicht nach drei, vier Versuchen vollständig seinen Zweck.

Ganz zweckmässig ist es zuweilen, besonders um den Schlaf zu vertiefen und zugleich dem Patienten seine Macht zu zeigen, Unbeweglichkeit eines Armes zu suggeriren, denselben in die Höhe zu heben, zu erklären, dass er nicht gesenkt werden könne u. s. w. Es empfiehlt sich aber diese Suggestion nicht unnöthiger Weise zu machen, besonders aber nicht bei ausgesprochen Hysterischen, weil bei diesen kataleptische Zustände gelegentlich unerwünscht lange anhalten.

Als practisch bewährt können wir für jene Fälle, wo tiefer Schlaf sehr erwünscht ist, aber nicht erreicht werden kann, empfehlen, den Patienten zu erwecken, nach wenigen Minuten aber wieder einzuschläfern, worauf jedesmal tieferer Schlaf eintritt. Bei häufiger Wiederholung gelingt es dann nicht selten den Schlaf nach Wunsch zu vertiefen. (Wetterstrand, Forel).

Dass man seine Worte jedem einzelnen Falle anpassen, die Patienten förmlich studieren muss, um die richtigen Worte, die richtige Art der Eingebung zu treffen, ist begreiflich, und müssen wir uns sehr davor hüten jedes Mal denselben, gewissermassen eingelernten Spruch herzusagen. Damit würden wir in einem Falle uns geradezu lächerlich machen, in einem anderen nicht verstanden werden, kurz niemals auf regelmässigen Erfolg rechnen dürfen, weder in Bezug auf das Einschlafen, noch auf die Heilsuggestion.

Kann man es einrichten, dass unser Patient vorher einer Sitzung beiwohnt, so wird damit die Suggestibilität entschieden verstärkt, also auch die Wirkung unserer Suggestion wesentlich erhöht.

In neuerer Zeit hat man durch Rifat, Herero, Voisin angeregt, den Versuch gemacht vor Beginn der Suggestion wenige Tropfen Chloroform einathmen zu lassen, und scheint dadurch die Empfänglichkeit wesentlich verstärkt zu werden, so dass wir wahrscheinlich ein weiteres Mittel gefunden haben, um hartnäckigen Widerstand zu brechen.

Dass wir auch hierbei nichts Anderes als eine psychische Wirkung erzielen, ist wohl zweifellos, gerade so wie es der Fall ist bei den schmerzlosen Zahnextractionen nach 5,0 Chloroform, der einschläfernden oder abführenden Wirkung von Brodpillen, welche man als schlafmachend unter anderem Namen verschrieben hat, u. dgl.

Fixiren des Auges oder vorgehaltenen Fingers trotz eingetretenem Spannungsgefühl im Auge oder in der Stirne, halten wir nicht für rathsam, weil diese unangenehmen Erscheinungen zuweilen noch Stunden lang nach der Sitzung andauern können und trotzdem der Zweck doch nicht immer erreicht wird. Aus gleichem Grunde noch weniger geeignet scheint uns das Fixiren glänzender Gegenstände ober- oder unterhalb der Augen, während wieder die Wirksamkeit der sogenannten «passes», sich uns und vielen Anderen, (Wetterstrand, Van Renterghem, Van Eden,) als ganz bedeutend erwiesen hat.

Ob wir es hierbei nur mit Suggestion zu thun haben, oder sich nicht vielmehr dabei die einschläfernde Wirkung des leichten tactilen Reizes geltend macht, wagen wir nicht zu entscheiden, müssen aber feststellen, dass die «passes von den Kranken meist angenehm und wohlthuend empfunden, Schmerzen unter dem Streichen wesentlich verringert werden, bevor noch Schlaf eingetreten ist. Als sehr wirksam möchten wir endlich das Fixiren des vorgehaltenen und immer mehr gesenkten Fingers bezeichnen. Dabei senkt sich das obere Augenlid gleichfalls immer mehr über den Bulbus und es wird durch diese, dem Vorgange des Einschlafens nachgemachte Bewegung, letzteres wesentlich beschleunigt.

Aus einer soeben erschienenen Studie des Dr. von Schrenck («Die Bedeutung der Narcotica für die Hypnose mit besonderer Berücksichtigung des indischen Hanf»), heben wir zum Schluss dieses Abschnittes noch einzelne sehr wichtige Punkte hervor:

1. Die Hypnose unterscheidet sich von allen analogen Zuständen durch das cerebrale Abhängigkeitsverhältniss des Percipienten von den ihm aufgedrängten Suggestionen. Die kritiklose Aufnahme aufgezwungener Ideen durch das Gehirn zeigt die Existenz einer Hypnose an, gleichgültig ob wacher Zustand, ob Schlaf, ob Narcose oder etwas Aehnliches besteht.

2. Narcotische Mittel, wie Alkohol, Aether, Chloroform, Morphium, etc. schwächen die controlirenden Functionen des Gehirns, den bewussten Intellect, den Eigenwillen ab, und erzeugen durch Hervorrufung von Müdigkeitsempfindungen, Betäubungszuständen etc. eine günstige Prädisposition zur Aufnahme von Suggestionen, d. h. für den Eintritt des hypnotischen Zustandes.

3. Die aus Narcose etc. transformirten Hypnosen sind in der Regel tiefer als die bei denselben Individuen im wachen Zustande durch alleinige Anwendung psychischer Mittel erzeugten Grade der Hypnose.

Aus Schrenk's Ausführungen scheint zunächst hervorzugehen, dass die Erklärung der hypnotischen Erscheinungen durch Suggestion nicht für alle Fälle richtig sein könne; weiter, dass es um so leichter sei Hypnose herbeizuführen, je mehr der Patient ermüdet ist, d. h. Abends.

Diese Bedingungen können zum Theil durch schlafmachende Mittel ersetzt werden, so dass es bei refractären Fällen z. B. durch Alkohol, Chloroform, Morphium gelingen kann sehr tiefe Hypnose hervorzurufen: doch wird man zu diesem Zwecke niemals zu hohe Gaben (nicht bis zur Besinnungslosigkeit) verwenden dürfen (Pierre Janet) und überhaupt nur in den äussersten Fällen dazu schreiten. Ganz geringe Dosen von Morphium oder Chloroform wirken jedenfalls als die Hypnose befördernde Mittel und Suggestiv.

Von grösstem Interesse sind die über die Suggestibilität in dem Hadschisch-Rausche gemachten Mittheilungen bei welchen, wie der Orden der Assassini zeigt, die der Aufnahme vorangehenden, in dem Zustande des Rausches gegebenen Suggestionen so tief und fest wurzelten, dass sie meist von lebenslänglicher Dauer waren. Wir können an dieser Stelle nicht weiter auf die hoch-interessanten Ausführungen eingehen, glauben aber, dass die betreffenden Studien noch manche weitere, praktische Folgen für die Suggestions-Therapie haben werden.

Ist der Patient eingeschlafen, was wir an einem leichten Vibriren des oberen Augenlides, den erschlafften Gesichtszügen, dem behaglichen Gesichtsausdrucke, dem ruhigen Athmen erkennen, so fahren wir noch kurze Zeit mit der Suggestion fort. Es giebt kein bestimmtes Zeichen, welches uns andeutet, dass die Hypnose nun tief genug sei um weiter gehen zu können, besonders bei Patienten deren Verhalten wir in dieser Beziehung noch nicht kennen. Reagirt der Patient nicht mehr auf leichte Nadelstiche, gelingt es den Arm in beliebiger Stellung, z. B. über den Kopf erhoben zu halten, Drehen der Hände über einander, (automatische Bewegungen) zu erzielen, dann können wir ruhig mit der Suggestion weiter gehen und abwarten, ob nach dem Erwachen Amnesie zu bemerken, ob unsere Eingebungen mehr oder weniger befolgt sind u. s. w.

Wir dürfen aber andrerseits nicht vergessen, dass nicht selten schon genügende Resultate bei einfacher Somnolenz erhalten, ganz zufriedenstellende aber meist bei dem von uns als II. Grad bezeichneten Zustande beobachtet werden, während wir freilich bei anderen Patienten uns möglichts bemühen müssen, den III. Grad zu erreichen. Endlich dürfen wir nicht versäumen unsere Patienten während des Schlafes zu beobachten. Dies ist ganz besonders bei Hysterischen durchaus nothwendig, um bei den ersten Zeichen abnormer Reaction (Unruhe, Aufstossen, Zuckungen, Weinen u. dgl.) sofort mit energischen Worten Ruhe und Wohlbehagen zu befehlen, oder die Hypnose aufzuheben, und muss das Gleiche geschehen wenn, wie Hirt (Breslau) sehr richtig bemerkt, Zeichen von subjectivem Unbehagen, wahrscheinlich durch Hirnanämie hervorgerufen, auftreten, das Gesicht blass wird, Athem und Puls unregelmässig werden.

Alle diese Erscheinungen treten nur äusserst selten auf; das Vernachlässigen derselben hat aber, wenn auch keine directen Gefahren gebracht, so doch ohne Zweifel schon mancherlei unangenehme Erfahrungen bereitet, zum Mindesten verschuldet, dass peinliche Gefühle statt des absolut behaglichen Zustandes den Betreffenden selbst auf Tage verfolgt, und ihm die Lust zu weiteren Versuchen benommen haben. Die beste und ausführlichste Schilderung des Suggestions-Verfahrens finden wir in dem betreffenden Werke von Bernheim dem wir auch den bekannten Ausspruch verdanken: «Alles liegt in der Eingebung; man muss nur die Feder finden (il faut trouver le joint), um jede individuelle Suggestibilität in Thätigkeit zu versetzen, resp. zu erwecken».

Glauben wir nun annehmen zu dürfen, dass der Kranke tief genug schlafe um genügend suggestibel zu sein, so beginnen wir mit den Heilsuggestionen, d. h. wir suchen auf die einzelnen Krankheitserscheinungen, resp. auf deren Verschwinden einzuwirken. Wir haben oben bereits kurz skizzirt wie wir uns den Vorgang hierbei zu denken haben, und dabei betont, dass es sich in keiner Weise um einen wunderbaren d. h. unerklärlichen Vorgang handle. An dieser Stelle möchten wir nun noch für Jene, welche noch immer an der Anschauung festhalten, dass wir bewusst oder unbewusst unser Verfahren mit einem Nimbus des Mystischen umgeben, und dadurch besondere Wirkung zu erzielen suchen, bemerken, dass es sich nur um einfach natürliche, bekannte Vorgänge in unserem Seelenleben und um deren Einwirkung auf die körperlichen Vorgänge handele. Auch dürfte es durchaus angebracht sein, daran zu erinnern, dass eine solche Wechselwirkung zwischen Körper und Seele, wenn man so sagen darf, sich täglich und stündlich deutlich bemerkbar macht, ohne dass wir uns bemühten, uns über solche Beobachtungen Rechenschaft zu geben.

Wir erinnern nur an das plötzliche Erröthen oder Erblassen, bei Scham, Verlegenheit oder Erschrecken (Wirkung auf das vasomotorische Centrum), die plötzlich auftretenden Diarrhöen bei Aufregungen, die oft colossale Vermehrung der Harnabsonderung aus psychischen Ursachen (z. B. bei dem Gedanken an die Unmöglichkeit der Entleerung des Urins auf Fahrten in der Eisenbahn oder in Gesellschaft), an die plötzliche Unterdrückung der Menses bei grossem Schreck. u. s. w. So werden wir es durchaus nicht unerklärlich oder gar unmöglich finden, dass wir im Zustande vermehrter Empfänglichkeit durch unsere Worte Vorstellungen erregen, welche auf unsere Phantasie, und vermittelst dieser auf die verschiedensten körperlichen Vorgänge zu wirken vermögen.

Indem wir die Besprechung der Art der Eingebungen zu diesem Zwecke auf die Beobachtung der einzelnen Krankheitsformen verschieben, haben wir uns zunächst noch mit der Dauer des hypnotischen Schlafes zu beschäftigen.

Es ist bekannt, dass oft nur ganz kurzer Schlaf genügt, um hinreichende Wirksamkeit unserer Suggestion zu erzielen, dass wir oft nur wenige Minuten dazu nöthig haben; ebenso bekannt ist es, dass sehr häufig die Entschiedenheit und Dauer der Wirkung von einer längeren Dauer des Schlafes abhängig sind, dass man z. B. bei hartnäckiger Schlaflosigkeit die Patienten bis zu 3 Stunden im Schlafe erhalten muss. Bestimmte Regeln lassen sich nicht angeben, und wird es Sache des Arztes sein, die Zeit nach seinen Erfahrungen, nicht minder aber auch nach seinen Beobachtungen an den jeweiligen Patienten zu bestimmen. Da jedoch der Einfluss sich allmählig abzuschwächen pflegt, so ist es nothwendig, von Zeit zu Zeit in einer Sitzung die Suggestion zu wiederholen, gerade so wie man bei einzelnen krankhaften Zuständen, bei denen eine Uebung gemacht werden muss (Sprechübungen beim Stottern z. B.) diese Uebung öfter in einer Sitzung vornehmen muss.

Von besonderer Wichtigkeit ist es weiter, dass man die richtigen Worte wählt, dass man sich nicht damit begnügt zu sagen: «Sie fühlen keinen Schmerz mehr und werden keinen mehr fühlen», sondern dass man sich auch nach dieser Richtung hin genau dem jeweiligen Bildungsgrade, dem Fassungsvermögen der Einzelnen möglichst anzupassen sucht, dem Einen kürzere Befehle ertheilt, dem Anderen eine Art von Schilderung des Heilprocesses zu geben sich bemüht u. s. f. Hier zeigt sich der Scharfblick, die Erfindungsgabe und Erfahrung des Arztes, und hierin nicht minder wie in so manchen anderen, bereits erwähnten Dingen, wie in dem ganzen Wesen und Auftreten des Arztes liegt die Erklärung dafür, dass der Eine glänzende Erfolge mit der Suggestiv-Therapie erzielt, während der Andere Nichts erreicht.

Nach kürzerer oder längerer Zeit erschöpft sich die Wirksamkeit der Suggestion, der Kranke wacht auf. Wir werden aber gut daran thun, dieses spontane Aufwachen nicht abzuwarten, sondern zu geeigneter Zeit den Kranken wieder durch Suggestion aufwecken, wozu denn der in mehr oder weniger festem Tone ausgesprochene Befehl: «Wachen Sie auf»! genügt. Würden wir uns jedoch damit allein begnügen, so würden wir nur zu oft beim Erwachen allerlei unangenehme Erscheinungen beobachten, wie dieselben auch häufig bei plötzlichem Erwecken aus tiefem Schlafe vorzukommen pflegen. Wir dürfen es niemals versäumen vor dem Erwachen zu suggestioniren, d. h. den Patienten zu befehlen, dass sie sich nach dem Erwachen durchaus frisch und behaglich nach jeder Richtung fühlen, dass Appetit und Schlaf gut seien, dass etwa vorhandener schwacher Wille, schwache Widerstandsfähigkeit sich kräftigen, dass keine Autosuggestionen vorkommen dürfen, dass die Kranken keinen Schwindel haben, kein Kopfweh, keine Betäubung spüren sollen, dass sich kein Zittern zeigen dürfe. Treten trotzdem beim Erwachen derartige Erscheinungen auf, so darf man selbst keine Aengstlichkeit zeigen, sondern zuversichtlich erklären, dass derartiges nur zuweilen nach der ersten Sitzung vorkäme und künftig nie mehr auftreten werde, sofort wieder hypnotisiren und dahin gerichtete Suggestionen geben.

Forel (Zürich) legt mit vollem Rechte auf das Desuggestioniren den grössten Werth und glaubt, dass der Unkenntniss oder Nichtbeachtung desselben alle unabsichtlichen Schädigungen durch den Hypnotismus, über welche die Literatur berichtet, zu verdanken seien.

Auf gleiche Weise, d. h. durch Gegensuggestionen muss und kann man, wie bereits gesagt, auch das Verfallen in Selbsthypnose, die Schwächung der Willenskraft und andere Dinge verhindern, welche Gefahr immer der Suggestiv-Therapie entgegengehalten wird. Ungefährlich ist dagegen eine mittelst Amulet, Bild, Brief und dgl. suggerirte Selbsthypnose (posthypnotische Erscheinung) doch muss man letztere nur auf kurze Zeit ausdehnen, und ihr Zustandekommen durch den betreffenden Brief und dgl. nur vom Arzte ausgehend gestatten. (Forel, Corval und Andere).

Vielfach hat man empfohlen, das Erwecken durch einen leichten Reiz, z. B. durch Anblasen des Gesichtes hervorzurufen oder kräftigere Reize, z.B. Elektricität anzuwenden, wenn der Pat. auf einfachen Befehl nicht erwacht. Das Erstere erscheint uns mindestens überflüssig, und auch stärkere Reize dürften kaum nothwendig sein, wenn man im gegebenen Falle mit dem nöthigen Ernste, der nöthigen Energie vorgeht, dem Kranken befiehlt, er müsse aufwachen, sein Widerstand nütze Nichts, und dgl. Durchaus unschädlich und nicht selten als ganz zweckmässig hat es sich bei tiefem Schlafe bewährt, dass man den Kranken gleichsam zum Erwachen vorbereite, indem man vorher folgende Suggestion giebt. «Ich werde laut zählen, und sobald ich 5 zähle, wachen Sie auf». Noch besser ist es, wenn man dem Kranken befiehlt, selbst laut zu zählen und etwa mit fünf ganz frisch und munter aufzuwachen.

Es ist eben hier wie bei dem Suggestiv-Verfahren überhaupt unmöglich, bestimmte Regeln für jeden einzelnen Fall aufzustellen, und muss es dem Arzte überlassen bleiben, durch Beobachtung das jeweilig Richtige zu finden. Damit ist aber auch zugleich gesagt, dass nicht Jeder sofort mit vollem Erfolge die Methode anzuwenden im Stande sei, dass ausser gewissen persönlichen Eigenschaften eine gewisse Uebung, vor Allem ein genügendes praktisches Studium, ein Anschauen vieler Sitzungen nothwendig sei, ehe man an die Sache herantritt.

Es muss eben die Suggestiv-Therapie praktisch wie theoretisch studirt werden, wie jede andere Behandlungsmethode auch, und liegt in diesem Umstande zugleich die beste Widerlegung jener Behauptung von Ewald und Anderen, welche dieselbe als des Arztes unwürdig, den Schäfer-Knechten und dergleichen Leuten zu überlassen empfehlen. Hypnotisiren wird schliesslich unter Umständen so mancher können, die Suggestiv-Therapie in wirklich segensreicher, durchaus unschädlicher Weise bei Kranken anzuwenden, das wird und muss immer einzig Aufgabe des tüchtigen, seiner Verantwortlichkeit voll bewussten Arztes bleiben.

Da wir theoretische Betrachtungen möglichst vermeiden wollen, so werden wir auch auf die posthypnotischen Erscheinungen nicht näher einzugehen haben; bemerken wir nur noch, dass wir die posthypnotischen Wirkungen zu therapeutischen Zwecken vielfach verwerthen müssen, ja, dass in der richtigen Verwerthung derselben der grösste Theil unserer wirklich heilenden Thätigkeit begründet liegt.

Als praktische Regel dürfte noch gelten, dass man die Sug-

gestions-Versuche nicht in's Unendliche ausdehnen, sondern nach 4—5 Sitzungen unterbrechen, eventuell nach einigen Wochen wieder aufnehmen sollte, wenn man anfangs keinen Erfolg gesehen hat.

Die anfänglich täglichen Sitzungen reducirt man allmählich, und unterbricht die Cur, wenn man keine Fortschritte mehr bemerkt, um dann nach einiger Zeit wieder anzufangen. Sehr wichtig ist es endlich, darauf zu achten, dass die Wirkung der Suggestion nicht durch Einflüsterungen Anderer, durch Lectüre u. s. w. paralysirt werde; mit Vorsicht, Klugheit und Energie wird man in den meisten Fällen derartigen, nachtheiligen Einflüssen entgegentreten können.

Referate.

G. Klemperer: Untersuchungen über Schutzimpfung des Menschen gegen asiatische Cholera. (Berliner klin. Wochenschr. 1892. Nr. 39).

Die in Nr. 35 unserer Wochenschrift referirten Versuche Klemperer's hatten bewiesen, dass es mit Sicherheit gelingt, Meerschweinchen und Kaninchen durch die intravenöse und intraperitoneale Injection erwärmter Culturen gegen die tödtliche Wirkung der Cholerabacillen zu schützen. Das Blutserum derart immunisirter Thiere verleiht, andern Thieren injicirt, diesen letztern gleichfalls Impfschutz und Immunität. So nahe es nun liegt, diese Erfahrungen auf den Menschen zu übertragen und somit therapeutisch zu verwerthen, so setzt der Entschluss hierzu doch ein unerschütterliches Vertrauen in die Zuverlässigkeit und Irrthumslosigkeit der Thierexperimente voraus.

Dieses einem zuverlässigen Forscher geziemende Vertrauen in die eignen Untersuchungen hat Klemperer bewährt, indem er nach derselben Methode, die sich an seinen Versuchsthieren bewährt hatte, zunächst an sich selbst und dann an 13 jungen Aerzten, die sich freiwillig zu den Versuchen hergaben, Schutzimpfungen mit Choleraculturen vornahm.

Zunächst injicirte er drei Tage alte Culturen von Cholerabacillen, die 2 Stunden auf 70° C. erwärmt worden waren, in den Vorderarm. Abgesehen von einer geringen febrilen Allgemeinreaction und geringer Localreaction an der Injectionsstelle traten keine schweren Krankheitserscheinungen auf. Es fragte sich nur, ob der so behandelte Mensch gegen die Cholera immun geworden war oder nicht. War er immun, so musste sein Blutserum im Stande sein, Kaninchen bei intraperitonealer Einverleibung gegen die Cholerainfection zu schützen. Es wurde also durch Aderlass Blut steril aufgefangen und das Serum dieses (von dem mit erwärmter Cholerabacillencultur behandelten Menschen gewonnenen) Blutes einem Meerschweinchen injicirt. Es erwies sich, dass 0,25 Ccm. des Serums im Stande waren ein Meerschweinchen vor der tödtlichen Cholerainfection zu schützen. Im weitern Verlauf der Untersuchungen stellte sich heraus, dass die Cholerabacillen, welche im Darm der Menschen sich rasch vermehren und die bekannten Verheerungen anrichten, unter die Haut gespritzt nur geringfügige Entzündung und mässiges Fieber erregen. Die subcutane Injection geringer Mengen von lebenden Cholerabacillen wird vom Menschen gut vertragen; allein noch mehr: eine solche Injection lebenden Infectionsstoffes verleiht, ebenso wie beim Thierexperiment, auch dem Menschen Immunität, so dass sein Serum, auf Meerschweinchen übertragen, auch letztere giftfest und immun macht.

In wie weit die Methode der Immunisirung, welche Klemperer eingeschlagen hat, mit der von Chawkin in Paris befolgten, übereinstimmt, entzieht sich bis jetzt unserer Beurtheilung. Jedenfalls aber dürfte der Beweis, den Klemperer und dessen Freunde durch ihre muthigen Selbstversuche für die thatsächliche Erreichung der Choleraimmunität erbracht haben, zuverlässiger sein als der abenteuerliche Entschluss des Reporters Stanhope, seine künstlich erzielte Cholerafestigkeit in den Krankenbaracken Hamburgs zu erproben.

Dehio.

R. Kutner: Die Behandlung der Cholera in den Pariser Hospitälern. (Deutsche medic. Wochenschr. Nr. 35).

1) Erscheinungen von Seiten des Darmcanals.

a. Acidum lacticum ist in einigen Krankenhäusern mit bestem Erfolg gegeben worden. Es scheint nach den dortigen Erfahrungen vorläufig das werthvollste Mittel in der Choleratherapie zu sein. Man verordnet es: Acidi lactici 15,0 Aq. destillat 200,0 Sirup. simpl. 100,0. 3 Mal ½stündlich 1 Esslöffel, später 2stündlich 1 Esslöffel oder Acid. lactic 15,0 auf 1 Liter abgekochten Wassers mit etwas Zucker pro die.

b. Benzo-Naphtol — ist im Krankenhause Beaujon angeblich mit gutem Erfolge in Kapseln zu 4 Gr. pro die gegeben worden.

c. Von den Opiumpräparaten hat man in einem Hospital gute, in einem andern zweifelhafte, in einem dritten schlechte Resultate gesehen.

d. Wismuth hat keine Wirkung gehabt.

e. Nur im Krankenhause Beaujon ist Salol einige Mal gegeben worden, jedoch ohne Erfolg. Prof. Netter ist der Meinung, dass es auch anderweitig ganz erfolglos angewandt worden sei.

f. Im Krankenhause Beaujon hat man mehrfach, vom dritten bis vierten Tage der Erkrankung an Talcum (gepulvertes Magnesiumsilicat) zu 50—60 Gr. pro die in Milch verabreicht in der Idee, dem erkrankten Darme einen schützenden Ueberzug zu geben.

2) Erbrechen.

Starkes Erbrechen wurde rein symptomatisch behandelt:

a. Eis innerlich, und im Hospital Necker wurde ausserdem noch der Chapmann'sche Eisbeutel für die Wirbelsäule angewandt.

b. Cocain wurde im Krankenhause Bastion Trente-Six subcutan zu 2—3 Cgr. pro die gegeben und zwar mit gutem Erfolge.

c. Chloroform wurde in Form von Chloroformwasser (Aq. destill. und Chloroform ad saturat.) esslöffelweise verabreicht.

3. Tonisirende resp. excitirende Behandlung.

a. Coffeinum natro-salicylicum ist in allen Krankenhäusern mit bestem Erfolge subcutan angewandt worden.

b. Die Transfusion von Kochsalzlösung nach Hayem wurde mit überraschend gutem Erfolg von Galliard angewandt. Zur Transfusion benutzte letzterer den Collin'schen Transfuseur, bei dem Gerinselbildung und Einführung von Luft völlig ausgeschlossen sind. Er machte alle Transfusionen in die Vena saphena anterior und benutzte dazu folgende Lösung: Aquae destillat 1000,0, Natri chlorati 5,0, Natri sulfurici 10,0.

(Rieder in Hamburg berichtete im Aerzteverein, Sitzung vom 30. August, dass die subcutane Kochsalzinfusion meistentheils ohne Effect war, wohl aber bewährte sich die intravenöse Infusion. Anm. des Recens).

c. Champagner wurde nach Ablauf d's acutesten Stadium reichlich gegeben,

d. Brown-Séquard'sche Injectionen völlig erfolglos.

Aeussere Behandlung.

In allen Krankenhäusern wurden die Patienten mit Wärmflaschen und Frictionen behandelt, um die Körpertemperatur zu heben. Im Krankenhause Beaujon hat man den Patienten 3 Mal pro die Lavements mit Borwasser, dem pro Liter 1 Gr. Naphtol zugesetzt war, gemacht.

Diät.

Um den glühenden Durst zu löschen, wurde den Kranken Thee mit Rum in grossen Mengen gereicht; in Bastion Trente-Six liess man die Kranken ad libitum weinsaure Limonade (Acid. tartarici 15,0 auf 1 Liter Wasser) consumiren.

Desinfection.

Die Wäsche wurde in Sterilisationsöfen, die Faeces und die Waschgeschirre mit Cuprum sulfuricum 50:1000,0 desinficirt.

Abelmann.

Seeligsohn: Zwei Fälle von Dacryoadenitis spontanea. (Klin. Monatsbl. für Augenheilkunde. 1891).

v. Schroeder: Ein Fall von Dacryoadenitis acuta bei Parotitis epidemica. (Ibid.).

Fuchs: Gleichzeitige Erkrankung der Thränendrüse und der Parotiden. (Beiträge zur Augenheilkunde herausgegeben von Deutschmann, Heft III. 1891).

Zirm: Ein Fall von gleichzeitiger chronischer Thränendrüsen- und Parotidenschwellung, vorübergehende Heilung durch intercurrirendes Erysipel. (Ibid. Heft IV. 1892).

Zossenheim: Augenerkrankung bei Mumps. (Ibid.).

Die doppelseitige Erkrankung der Thränendrüsen kann nach Fuchs in folgenden Combinationen auftreten:

1) Schwellung beider Thränendrüsen allein, acut oder chronisch.

2) Acute Schwellung der Thränendrüsen und der Parotiden als echter «Mumps».

3) Chronische Schwellung der Thränendrüsen und verschiedener Speicheldrüsen als Lymphome oder Lymphosarcome.

4) Chronische Schwellung der Thränendrüsen und der Lymphdrüsen des Kopfes und Halses.

Die acute oder subacute, nicht eitrige Dacryoadenitis charakterisirt sich durch folgende Symptome: Das obere Lid ist geschwollen, besonders im äusseren Theile, entsprechend der Lage der Thränendrüse; beim Umklappen des Lides oder bei Emporziehen desselben und Abwärtswenden des Auges wölbt sich ein Theil der Drüse als gelappter Tumor unter der oberen Conjunctivalfalte vor: die Conjunctiva palpebrarum ist normal, die Conjunctiva bulbi zeigt mehr oder weniger ausgesprochene glasige Chemose; zuweilen besteht ein leichter Exophthalmus und ist die Beweglichkeit des Auges beschränkt, so dass eine gewisse Aehnlichkeit mit dem Bilde einer retrobulbären Phlegmone entstehen kann; das Auge ist mässig gereizt, die Thränensecretion nicht alterirt, Schmerzen sind kaum vorhanden. Diese acute Entzündung der Thränendrüse ist sowohl selbstständig (Seeligsohn u. A.) als auch combinirt mit acuter epidemischer Parotitis (Gordon Norrie, v. Schroeder) beobachtet worden. Die Fälle der letzteren Kategorie können füglich als «Mumps» der Thränendrüse bezeichnet werden, und ist das gleichzeitige Ergriffensein der Speichel- und Thränendrüsen bei dem analogen Bau dieser Organe leicht verständlich. Die Prognose dieser Form von Dacryoadenitis ist ebenso günstig wie diejenige der Parotitis.

In den Fällen von Fuchs und Zirm handelt es sich um chronische Schwellung sowohl der Thränen- wie der Speicheldrüsen, bedingt durch kleinzellige Infiltration des interstitiellen Bindegewebes; Zirm's Fall, in welchem noch ausserdem zahlreiche Lymphdrüsenschwellungen bestanden, ist dadurch besonders interessant, dass ein intercurrentes Erysipel die Schwellung der Drüsen für kurze Zeit zum Schwinden brachte. — Zossenheim beobachtete in einem Falle im Anschluss an eine Parotitis bei einem Kinde eine doppelseitige parenchymatöse Keratitis und Iritis. (Der ursächliche Zusammenhang der Affection der Speicheldrüsen mit derjenigen der Augen kann in diesem Falle übrigens angezweifelt werden. Ref.).

Blessig.

Vermischtes.

— Professor Dr. W. v. Anrep, welcher nach Erfüllung seiner Mission in Nishni-Nowgorod bekanntlich in die südlichen Gouvernements zur Besichtigung der dortigen Sanitätszustände abcommandirt wurde, ist, wie der Correspondent der «Nowoje Wremja» mittheilt, im Gouvernement Jekaterinoslaw an der Cholera erkrankt, soll sich jedoch bereits in der Besserung befinden.

— In Lentschna (Gouv. Lublin) ist Dr. Onanow, welcher beim Ausbruch der Cholera daselbst aus Warschau zur Hilfeleistung hingekommen war, an der Cholera schwer erkrankt. Dr. Onanow hat in Paris studirt und beschäftigte sich in der letzten Zeit im pathologischen Laboratorium des Prof. Lukjanow in Warschau. Er hat sich bereits durch seine Arbeiten auf dem Gebiete der Nervenkrankheiten einen Namen gemacht.

— Professor Arnstein ist von dem Amte eines Decans der medicinischen Facultät der Universität Kasan zurückgetreten; an seiner Stelle ist der dortige Professor Dr. Gay als Decan auf vier Jahre gewählt und bestätigt worden.

— Ernannt: Der Privatdocent der Charkowschen Universität, Dr. Bartenew — zum ausseretatmässigen ausserordentlichen Professor der Kinderheilkunde an der Universität Tomsk und der Privatdocent der Moskauer Universität Dr. Krjukow — zum ausseretatmässigen ausserordentlichen Professor der Augenheilkunde an der Moskauer Universität.

— Verstorben: 1) Im Kirchdorfe Kamyschenskoje (Kreis Tjukalinsk im Gouv. Tobolsk) der Dorfarzt Nikolai Stolow, 31 J. alt, welcher in das genannte Dorf zur Bekämpfung der Choleraepidemie abcommandirt worden war, an der Cholera. 2) In Kisljar (Terekgebiet) der dortige Militärbezirksarzt Joseph Schaken. 3) Der jüngere Arzt des Akschinschen Militärhospitals des Transbaikalischen Kosakenheeres G. F. Utkin im 36. Lebensjahre. 4) Im Dorfe Kornilowa der Arzt Ilja Ssaposhnikow, welcher sich erschossen hat. 5) Am 1. October n. St. in Berlin der Nestor der dortigen Aerzte, Geh. Sanitätsrath Dr. Martin Steinthal im 94. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war früher viele Jahre hindurch Vorsitzender der Hufelandschen med. Gesellschaft in Berlin. 6) In Kopenhagen der Leibarzt Prof. Dr. Eduard Ipsen im 48. Lebensjahre.

— Prof. Billroth, welcher in diesen Tagen sein 40jähriges Doctorjubiläum und zugleich das 25jährige Jubiläum seiner Lehrthätigkeit an der Wiener Universität beging, ist in Anerkennung seines vieljährigen verdienstlichen Wirkens an dieser Universität vom Kaiser von Oesterreich das Ehrenzeichen für Kunst und Wissenschaft verliehen worden. Die Wiener Universität veranstaltete am 11. October n. St. eine grosse Festfeier zu Ehren des Jubilars.

— Prof. H. Kuhnt in Jena ist an Prof. Hippels Stelle zum ord. Professor der Augenheilkunde an die Universität Königsberg berufen worden.

— Die Universität Königsberg hat mit dem Beginn dieses Semesters eine psychiatrische Klinik bekommen deren Leitung Prof. Meschede, Director des städtischen Krankenhauses, übertragen worden ist.

— Der bekannte Chirurg W. Macewen ist zum Professor der Chirurgie an der Universität Glasgow ernannt worden.

— Die Stadtverwaltung von Koslow (Gouv. Tambow) hat beschlossen, allen Aerzten, welche während der Choleraepidemie in dieser Stadt thätig gewesen sind, eine Gratification auszuzahlen.

— Das medicinische Personal des städtischen Kalinkin-Hospitals veranstaltete am 27. September zu Ehren Prof. W. M. Tarnowski's in Anlass seines 30jährigen Jubiläums in dem Comptoir des Hospitals ein Festessen, an welchem auch zahlreiche Collegen des Jubilars, theilnahm. Dem Jubilar wurde von seinen Assistenten eine Adresse überreicht. Die städtische Hospitalcommission hat beschlossen, in Anbetracht der Verdienste Prof. Tarnowski's um das Kalinkinhospital, sein Bildniss im Empfangszimmer des Hospitals aufzuhängen.

— Am 27. September fand die Einweihung und Eröffnung des neuerbauten Gebärasyls im Hafen auf Wassili-Ostrow statt. Das neue Asyl besteht aus einem Steingebäude mit den Gebärzimmern und zwei hölzernen Baracken mit je 4 Zimmern zur Unterbringung der Frauen in der Nachgeburtsperiode. Vor dem Hause ist ein Garten angelegt. Das medicinische Personal besteht aus dem Director Prof. Dr. K. F. Sslawjanski, dem Accoucheur Dr. W. Massen und 3 Hebammen. Es ist die Absicht vorhanden, bei diesem Gebärasyl auch Hebammencurse, sowie Vorlesungen für Aerzte und Studenten einzurichten.

— In den ersten Tagen des November-Monats vollenden sich 10 Jahre seit der Creirung der Aemter der Duma- und der Sanitätsärzte in St. Petersburg. Es wird ein Bericht über die Thätigkeit der Aerzte während dieses Decenniums zusammengestellt.

— In Innsbruck ist vor Kurzem der seltene Fall vorgekommen, dass ein eben zum Professor ernannter Privatdocent auf seine Professur verzichtet hat. Es hat nämlich der vor einigen Wochen zum ausserordentlichen Professor der Kinderheilkunde an der Innsbrucker Universität ernannte Wiener Docent Dr. Foltanek seine Professur niedergelegt, weil seine Bemühungen, von der Unterrichtsverwaltung die Einrichtung einer wenn auch kleinen klinischen Abtheilung oder auch nur eines Ambulatoriums für kranke Kinder zu erlangen, vergeblich waren.

— Das neue Programm und die Regeln für die Arztprüfungen bei der militär-medicinischen Akademie ist bereits von der zu diesem Zweck unter dem Vorsitz des Chefs der Akademie Dr. W. Paschutin niedergesetzten Commission ausgearbeitet worden. Das neue Programm ist im Wesentlichen mit den bei den Universitäten bereits eingeführten Prüfungsprogrammen für die Staatsexamina vor den Regierungscommissionen in Einklang gebracht. Nach dem neuen Programm müssen alle diejenigen Studenten ihr Arztexamen absolviren, welche nach der Einführung der neuen Statuten der Akademie in dieselben eingetreten sind. Die Prüfungen werden vor einer besonderen Commission abgelegt werden, welche alljährlich wechselt und deren Glieder vom Kriegsminister aus der Zahl der Professoren und Privatdocenten der Akademie oder auch anderer, ausserhalb des Lehrkörpers der Akademie stehenden Personen ernannt werden. Zu den Arztprüfungen nach dem neuen Programm werden auch Studenten, welche den vollen Cursus an einer Universität absolvirt haben, sowie Personen mit Doctordiplomen einer ausländischen Universität zugelassen werden. Von 1895 an wird das Examen vor der Prüfungscommission für alle Studenten der mil.-med. Akademie obligatorisch werden.

Die neuen Regeln für die Arztprüfungen werden in nächster Zeit im militär-medicinischen Journal veröffentlicht werden.

— Professor Dr. Hueppe (Prag), welcher sich einige Zeit in Hamburg aufhielt, um seine Behandlungsmethode der Cholera im dortigen neuen Krankenhause in Eppendorf zu versuchen, ist wieder abgereist, da er von seiner Methode nicht den erhofften Erfolg gehabt. Nach ihm ist Professor Dr. Klebs, welcher sich jetzt in Karlsruhe niedergelassen hat, in Hamburg eingetroffen und hat sogleich in demselben Krankenhause die Versuche der Cholera-Behandlung nach seiner Heilmethode begonnen. Klebs Methode hat, wie er selbst mittheilt, mit der R. Koch's bei der Tuberculose nur das gemein, dass es sich um Bakterienproducte handelt. Es ist aber das Klebs'sche als «Anticholerin» bezeichnete Präparat eine Substanz, die erst durch chemische Massnahmen aus dem Rohproduct isolirt ist, und zwar nach demselben Princip, wie die Darstellung des Tuberculocidin aus dem

Tuberculin. Was die damit erzielten Erfolge betrifft, so behauptet Prof. Klebs, dass alle Aerzte, die den Versuchen mit dem Anticholerin beiwohnten, zugestanden haben, dass die Substanz in gewissen schweren Fällen die Temperatur des Organismus, die in dem Stadium algidum sehr bedeutend gesunken war (bis 34° C.) in kurzer Zeit auf die Norm zurückbringt. Es soll dies durch eine directe Schädigung der Cholerabacillen geschehen. Sehr schwere Fälle, die dem Tode verfallen schienen, will Klebs schon am dritten Tage geheilt haben.

Ausführliche Mittheilungen von Prof. Klebs und dem behandelnden Arzte über diese Versuche werden in Aussicht gestellt.

— In Wien hat sich ein neuer medicinischer Verein unter dem Namen «Wiener medicinischer Club» gebildet, der sich die Pflege der inneren Medicin zur Aufgabe gestellt hat. Die Sitzungsprotokolle desselben werden in der «Wiener med. Presse» veröffentlicht werden.

— Der auf den 7. October d. J. anberaumte X. österreichische Aerztevereinstag in Wien ist mit Rücksicht auf die bestehende Choleragefahr aufgeschoben worden.

— Die Gesellschaft der Aerzte in Minsk wird das 25jährige Jubiläum ihres Bestehens nachträglich am 7. November d. J. festlich begehen.

— In Deutschland gab es im vorigen Semester auf den dortigen zwanzig Universitäten 8838 Medicinstudirende. Die grösste Zahl der Mediciner hat München (1443), dann folgt Berlin mit 1185 Leipzig mit 834, Würzburg mit 743 Medicinstudirenden u. s. w. die kleinste Zahl hat Rostock (138), dann Giessen (172) und Göttingen (200).

— Die hiesige medicinische Gesellschaft hielt am 29. September unter dem Vorsitz des Leibmedicus Berthenson die erste Sitzung nach den Sommerferien ab, welche dem Andenken der im Kampfe gegen die Cholera und den Typhus erlegenen Aerzten und Studenten geweiht war Nach einer Seelenmesse für die von der Seuche dahingerafften 50 Aerzte, Studenten und anderen Personen des medicinischen Personals, gedachte Dr. Berthenson in längerer Rede der durchlebten Cholerazeit, schilderte die oft unter schwierigen Verhältnissen mit grösster Selbstaufopferung sich vollziehende Thätigkeit der russischen Aerzte, die sich bei ihren hochherzigen Samariterdiensten nur von den Gefühlen der Humanität und selbstlosen Nächstenliebe leiten liessen, und forderte die Versammlung dann auf, das Andenken der verstorbenen Collegen durch Erheben von den Sitzen zu ehren. Hieran schloss sich ein Vortrag des Dr. Puritz über die Resultate der Cholerabehandlung im hiesigen Roshdestwenski-Barackenlazareth, über welche wir nächstens Mittheilung machen werden.

— Die Choleraepidemie in Russland nimmt in erfreulicher Weise immer mehr ab. Die grösste Zahl der Erkrankungen und Todesfälle kommen noch immer im Gouv. Ssamara, Ssaratow, Stawropol, Tambow vor. Neu aufgetreten ist die Cholera in der letzten Woche im Gouv. Grodno.

In St. Petersburg ist die Epidemie dem Erlöschen nahe: die Zahl der Erkrankungen an der Cholera schwankte in den letzten Tagen zwischen 11 und 15, die der Todesfälle zwischen 2 und 5. Die städtische Sanitätscommission hat daher für möglich befunden, die öffentlich aufgestellten Fässer mit gekochtem Trinkwasser fortzunehmen, die gemietheten Wagen zum Transport der Cholerakranken abzulassen, die Nachtdejouren der Desinfectoren bei den Polizeibüreaus aufzuheben, die 5 extra angestellten Sanitätsärzte zu entlassen u. s. w. Nach den officiellen Bulletins betrug die Gesammtzahl der Choleraerkrankungen in St. Petersburg bis zum 1. October Mittags 3927, die der Genesenen 2697 und der Verstorbenen 1174. Zum 1. October verblieben in den hiesigen Hospitälern im Ganzen 103 Cholerakranke.

In Riga ist die Cholera in mässigen Grenzen geblieben. Nach dem Cholerabulletin für den 27. Sept. betrug der Bestand der Kranken 8, es erkrankten neu 4 und es starb 1 Person, so dass 11 Kranke in Behandlung verblieben.

In Hamburg nimmt die Cholera andauernd ab, so dass man annehmen kann, dass sie dort bald erlöschen wird. In anderen deutschen Städten sind nur wenige vereinzelte Choleraerkrankungen vorgekommen. In Paris nimmt die Cholera erheblich ab, dagegen werden aus Marseille einige Choleraerkrankungen gemeldet. In Galizien, in Pest und in den Niederlanden hat die Seuche etwas an Ausdehnung gewonnen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 20. September d. J. 5293 (60 weniger als in der Vorwoche), darunter 246 Typhus — (1 mehr). 563 Syphilis — (21 mehr), 22 Scharlach — (2 weniger), 9 Diphtherie — (4 mehr), 24 Masern — (2 mehr), 6 Pocken — (2 weniger) und 101 Cholerakranke (101 weniger als in der Vorwoche).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 20. September bis 26. September 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr	Unbekannt.
226	213	439	77	27	63	6	5	16	44	51	46	47	26	19	9	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 6, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 3, Scharlach 5, Diphtherie 1, Croup 2, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 20, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 50, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 81, Tuberculose anderer Organe 8, Alkoholismus und Delirium tremens 1, Lebensschwäche und Atrophia infantum 25, Marasmus senilis 17, Krankheiten des Verdauungscanals 49, Todtgeborene 27.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 13. October.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 19. October.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau A. M. Wiander, В. О. 7 л. д. 6, кв. 6.

Marie Mohl, В. О. 1 л. д. 44, кв. 3.

M. Winkler, Моховая ул. д. 29, кв 5, bei Frau Ewald.

А. А. Щукина, Поварской пер., д. 17, кв. 6.

Вѣра Андрѣевна Скорадигина, Невск пр. 96, кв. 18.

Melanie Tromberg, Вас. Остр., 4 лин., № 19, кв. 6.

Frau Hasenfuss, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Дозв. ценз. Спб. 3 Октября 1892 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER **Neue Folge IX. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 41 St. Petersburg, 10. (22). October **1892**

Die chirurgische Behandlung der Perityphlitis.

Vortrag, gehalten auf dem IV. livländischen Aerztetag in Wenden am 15. September 1892.

Von

Dr. A. v. Bergmann
in Riga.

M. H.! Das Thema, über welches ich Ihnen zu referiren beabsichtige, ist ein in der heutigen Fachliteratur, auf Sitzungen und Congressen viel besprochenes. Handelt es sich doch darum eine Krankheitsgruppe dem chirurgischen Eingriff zuzuweisen, welche bisher ausschliesslich exspectativ behandelt wurde. Dem Messer soll überantwortet werden was bisher unter Eis, Opium und Priessnitz'schen Umschlägen sich zurückgebildet hat! Die Resultate dieser letzteren Behandlungsmethode sind im Grossen und Ganzen derart befriedigende gewesen, dass es verständlich ist, wie die Opposition gegen die chirurgische Behandlung der Perityphlitis noch gegenwärtig eine grosse; verständlich ganz besonders, weil von einigen Chirurgen die Grenzen des Indicationsgebietes für den operativen Eingriff zu weit gesteckt werden. Der Kampf der Meinungen wird noch fortdauern, bis es gelungen sein wird, aus der unter dem Namen Typhlitis und Perityphlitis zusammengesetzten Krankheitsgruppe die Kennzeichen der Erkrankung der einzelnen hierbei betroffenen Organe zu isoliren und sie zur allgemeinen Anerkennung zu bringen.

Zunächst sind die typischen Fälle von Typhlitis herauszuheben. Jene Fälle, wo dem Beginn der Erkrankung mit Obstipation, Erbrechen, Fieber, die Ausbildung eines mehr oder weniger langen wurstförmigen Tumor's folgt, der die Form des gefüllten Coecum resp. Colon ascendens wiedergiebt.

Diese typischen Fälle der Typhlitis werden wohl nur in den allerseltensten Fällen eine chirurgische Behandlung in Frage treten lassen, und zwar nur da, wo entweder durch allzulange Kothstagnation oder auf dyskrasischer Grundlage Ulcerationsprocesse der Schleimhaut Platz greifen und tiefergreifend zu einer Perforation der Darmwand selbst führen.

Je langsamer sich dieser Process vorbereitet, desto deutlicher wird das um das Typhlon auftretende Exsudat: ein Tumor, dessen Merkmale Druckempfindlichkeit, diffuse verschwommene Grenzen, und eventuell Oedem der davorliegenden Bauchdecken sind. Falsch ist es auf Grundlage dessen, dass die Typhlitis durch ein derartiges perityphlitisches Exsudat complicirt werden kann, die Bezeichnung Typhl. und Perityphl. promiscue zu gebrauchen oder dieselben als nur graduell von einander verschieden hinzustellen. In der übergrossen Mehrzahl der Fälle hat das Typhlon selbst mit dem perityphlitischen Exsudat nichts zu thun, sondern liegt letzterem eine Erkrankung des proc. vermiformis zu Grunde.

Weir hat bei 100 Perityphlitissectionen 84 mal Pr. verm. — Perforation, 3 mal Pr. verm. — Entzündung gefunden.

Einhorn bei 100 Perityphl. Sect. 91 Erkrankungen des Proc. verm.

Matterstock bei 146 Sect. Erwachsener 132 Erkrankungen des proc. vermif., bei 49 Sect. von Kindern 37 Erkrankungen des proc. vermif.

Auch Bamberger kommt bei einer sehr viel kleineren Zahlenreihe nahezu auf dasselbe Verhältniss heraus.

Folgerichtig dürfte von perityphlitischem Exsudat nur in den seltenen Fällen die Rede sein, wo dasselbe in der That im Anschluss an eine Typhlitis aufgetreten. In allen übrigen Fällen müsste die Benennung dem ursächlich erkrankten Organ Rechnung tragen, wie dieses bereits auch von den Amerikanern geschieht. Damit soll jedoch nicht gesagt sein, dass die amerikanische Bezeichnung «Appendicitis» an sich sehr glücklich gewählt sei.

Bamberger berechnet den Heilerfolg bei exspectativer Behandlung der in Rede stehenden Erkrankungen auf 75%. Gilt für diese Fälle auch, was uns die Sectionsprotokolle über den Ausgangspunkt der Perityphlitis lehren? Die Erfahrungen der zahlreichen Operationen, welche bis heute wegen Perityphlitis gemacht worden, scheinen diese Frage in positivem Sinn zu bestätigen.

Bereits in einer verhältnissmässig geringen Anzahl von Sectionen kann man sich davon überzeugen, wie wechselnd Länge, Dicke und Lage des Wurmfortsatzes sind, man findet ihn mit langem Mesenteriolum, nach links hinüber gelagert, dann wieder dem Colon hart anliegend, nach oben hinaufgeschlagen, kurz, es giebt die mannigfaltigsten Variationen, ohne dass im Leben irgend welche Beschwerden dadurch verursacht worden wären.

Eine grössere Dicke des Wurmfortsatzes beruht meist auf chronischen entzündlichen Vorgängen, welche zunächst wohl nur auf der Schleimhaut sich abspielen, dann aber die ganze Wandung ergreifend zu Verklebungen der Serosa mit dem Darm, parietalem Peritoneum oder den Organen des kleinen Beckens führen.

Eine sog. perityphlitische Attaque wird in diesen Fällen nicht ausgelöst.

Das einzige Symptom ist Schmerz, dumpfes lästiges Ziehen u. dgl. Sensationen, welchen irgend eine specifische Bedeutung keineswegs zukommt.

Im März a. c. operirte ich im Krankenhause eine kräftige Frau von einigen dreissig Jahren wegen derartiger Beschwerden, die durch einen ca. apfelgrossen Tumor ausgelöst wurden, der dem rechten Ovarium anliegend von demselben ausgegangen zu sein schien und zugleich eine auffallend feste Verbindung mit der Beckenwand eingegangen war. Die Operation ergab einen fingerdicken Wurmfortsatz, welcher mit dem r. Ovarium, mit Darmschlingen und mit dem Periton. parietale verklebt war. Die Adhäsionen liessen sich zum Theil recht schwer lösen. An seiner Basis wurde dann der Wurmfortsatz durch ovalären Schnitt erstirpirt und die Darmwunde durch Lembertsche Nähte geschlossen. Pat. fühlt sich jetzt ein halbes Jahr nach der Operation völlig wohl. Es liegt nahe, dass ein in seinen Wandungen verdickter Wurmfortsatz leicht durch einen eindringenden Fremdkörper obturirt werden kann. Es kommt zur Dilatation des oberhalb gelegenen Abschnittes durch die vermehrte Transsudation der geschwellten Schleimhaut. Die zunehmende Spannung führt dann zur Ulceration an der Stelle wo der Fremdkörper eingekeilt, und endlich zur Perforation nach aussen. Oder aber der Durchbruch erfolgt, nachdem als Folge des chronischen Katarrhs der Schleimhaut sich Stricturen im Lumen des Wurmfortsatzes gebildet haben, welche dann ihrerseits zur Stauung des Inhalts, Ulceration und Perforation führen.

In diesen Fällen ist durch die der Perforation vorhergehende Bildung von Adhäsionen eine relative Ungefährlichkeit des Durchbruchs selbst bedingt.

Entweder findet man die Perforationsstelle durch Adhäsionen gegen die Bauchhöhle ganz abgeschlossen, oder die Adhäsionen lassen es nur zur Bildung eines allseitig abgeschlossenen Abscesses kommen. Der geschilderte Befund bildet die Grundlage der sog. recidivirenden Perityphlitis, bei welcher die Anfälle meist von kurzer Dauer sind, sich jedoch häufig folgen und sehr bald keine ganz schmerzfreien Intervalle zwischen sich lassen.

Ferner findet man intraperitoneale, abgekapselte Abscesse, welche den theilweise oder ganz nekrotisch abgestossenen Wurmfortsatz — mit oder ohne Kothstein enthalten. Hier sind trotz vorangegangener perityphlitischer Attaquen die Wandungen des Wurmfortsatzes nicht verdickt. Dieses lässt die Schlussfolgerung zu, dass der entzündlichen Schwellung des proc. vermiformis wieder restitutio ad integrum folgen kann, indem spontan oder nach Perforation nach aussen, das Lumen des Fortsatzes nach dem Darm hin wieder wegsam wird, bis dann vielleicht nach Jahren wieder einmal Verlegung des Lumens durch entzündliche Schwellung oder einen Fremdkörper erfolgt und eine neue sog. perityphlitische Attaque ausgelöst wird. Und nun die Folgen der Perforation? Den oben angeführten Fällen, in welchen die Perforation ohne Folgen bleibt oder höchstens zu einem allseitig abgeschlossenen, fest abgekapselten Abscess führt, stehen jene gegenüber, wo der meist dünnwandige Wurmfortsatz acut verschlossen wird und nun Perforation resp. Gangrän des jenseits des Verschlusses gelegenen Theils zum Austritt des gestauten Inhalts in die Bauchhöhle und zu allgemeiner Peritonitis führt. Zwischen diesen beiden Extremen stehen die Fälle von intraperitonealen Abscessen, wo Multiplicität derselben, verborgener, schwer zu erkennender Sitz, oder aber zu schwacher Abschluss gegen die Peritonealhöhle den Ausgang auf die Spitze des Messers stellen.

Der nicht geöffnete Abscess, sowie der unglücklich eröffnete d. h. mit gleichzeitiger Verletzung der abschliessenden Adhäsionen, können den Krankheitsverlauf schwer compliciren.

Am 25. October a. p. operirte ich einen 25jährigen Arbeiter, der angeblich seit 6 Tagen krank, starke Druckempfindlichkeit, Vorwölbung, intensive Dämpfung und Fluctuation in der Ileocöcalgegend zeigte. Eine 15 Ctm. lange Incision legte das verdickte Peritoneum frei, die Probepunction ergab Eiter und bei der nun folgenden Incision stürzte trübe, seröse Flüssigkeit vor, hinter der sich ein paar hyperämische Darmschlingen präsentirten. Bei behutsamem Anziehen derselben riss eine Adhäsion und etwa 200 Ccmt. dicken, äusserst stinkenden Eiters ergossen sich aus dem kleinen Becken. Wenngleich auch der grösste Theil des Eiters aufgefangen wurde, so ergoss sich doch genügend in die Bauchhöhle, um eine intensive Peritonitis zu Stande zu bringen, welcher der Kranke beinahe erlegen wäre. Die Punctionsnadel hatte den Abscess erreicht, während das Messer den peritonealen Erguss traf, welcher oberhalb der zarten den Eiter zurückhaltenden Adhäsion sich angesammelt hatte. —

Am 21. Januar operirte ich einen 52jährigen Mann, der seit vier Tagen an seinem 5. perityphlitischen Anfall litt. Den nach innen oben vom Darmbeinkamm prominirenden durch die Fluctuation deutlich erkennbaren Abscess eröffnete ich durch eine lange Incision und fand einen grossen, nekrotisch abgestossenen Theil des proc. vermiformis, sowie einen Kothstein in dem Abscess. Die allseitig abgeschlossene Höhle wurde tamponirt. Die nächsten Tage brachten Uebelkeit, Erbrechen, mässigen Meteorismus.

Am 26. hatte das Erbrechen aufgehört.

Am 28. stirbt Pat. plötzlich mitten in der Unterhaltung mit dem Assistenzarzt. Einige Stunden vorher hatte Pat. mit gutem Appetit zu Mittag gegessen und in den letzten Tagen war regelmässig reichlicher spontaner Stuhl erfolgt, waren Winde abgegangen, kurz — es hatte sich völlig freie Passage des Darms wieder hergestellt.

Die Section ergab als Todesursache hochgradige Degeneration des Herzmuskels. In der Bauchhöhle findet sich ein Abscess an der Innenseite des Coecum — der eröffnete sass an der Aussenseite — und weiter unterhalb im kleinen Becken ein zweiter ca. 100 Cctm. Eiter haltender Abscess, ausserdem zwischen verklebten Darmschlingen noch 3 oder 4 erbsen- bis bohnengrosse Abscesschen.

Wann waren diese Abscesse entstanden und welches war der Modus ihrer Entstehung?

Entweder sind sie als Reste der früheren Attaquen anzusehen oder sie sind als Aussaat zu deuten, welche der Wurmfortsatz durch eine Perforationsöffnung verursacht hatte, ehe er abgekapselt wurde und der Gangrän verfiel.

Wie von früheren sog. perityphlitischen Attaquen her sich isolirte Abscesse erhalten können, beweist ein anderer Fall deutlicher, der unoperirt im Krankenhause gestorben. Hier fand sich neben der diffusen Peritonitis, welche durch eine frische Perforation des proc. vermiformis entstanden war, ein ca. wallnussgrosser, dicken, gelben Eiter enthaltender, abgekapselter Abscess in der radix mesen-

terii, dessen Entstehung offenbar mit einer vor einigen Jahren durchgemachten perityphlitischen Attaque zusammenhing. — Dieser selbe Fall illustrirt ferner, wie der geschwollene proc. vermiformis eine Compression des Ileum zu Stande bringen kann, wodurch localer Meteorismus der nächst höher gelegenen Darmpartie entsteht. Man hatte hier einige Stunden hindurch am 3. Tage der Erkrankung den Eindruck, als handele es sich um Volvulus, so deutlich liess sich eine geblähte Darmschlinge palpiren.

Soweit die intraperitonealen Erscheinungen, welche die Entzündung des Wurmfortsatzes zur Folge hat. Die extraperitonealen Erscheinungen bestehen in progredienter Phlegmone oder abgegrenztem Abscess, welche in der Fossa iliaca ihren Sitz haben. Meist findet man den verbindenden Gang, welcher zum intraperitonealen ursächlichen Eiterherd führt — die Communication zwischen para — und perityphlitischem Abscess.

Durch die Lymphbahnen findet ferner Verschleppung des Eiters in die radix. mesenterii statt, es kommt da zu Abscessen in derselben, zu Infection und Vereiterung der Mesenterialdrüsen.

Ferner kann der Transport von Eiter durch die Mesenterialvenen stattfinden, wie solches ein Sectionsprotokoll des Rig. Krankenhauses zeigt. In diesem Fall waren die Mesenterialvenen vielfach mit missfarbigem grauen Eiter gefüllt bei normaler glatter Intima. Die kolossal vergrösserte Leber war von zahlreichen apfelkern- bis linsengrossen Abscessen durchsetzt, welche in Gruppen von Hühnerei- bis Gänseeigrösse zusammenstanden.

Endlich wären die perihepatischen Abscesse zu erwähnen.

Welche Directive soll man angesichts des Angeführten für die Behandlung aufstellen?

Zunächst werden alle Fälle von Typhlitis stercoralis zu guter Prognose bei der bisher üblichen Therapie berechtigen.

Angesichts der Thatsache, dass aber auch ein erklecklicher Procentsatz derjenigen Fälle, welche keine typische Typhlitis stercoralis sind, genesen und jahrelang recidivfrei bleiben können, ist überall die nicht operative Behandlungsmethode zu üben, wo kein Eiter nachweisbar ist, oder dringend gemuthmaasst wird. Ein wichtiges Hilfsmittel zur Diagnose giebt hier das Chloroform. Der scheinbare Tumor, der einen Abscess bei Palpation durch die gespannten Bauchdecken vortäuscht, schwindet in der Narkose vollständig und wie bereits vielfach von autoritativer Seite hervorgehoben, macht es die Narkose überflüssig, den Weg einzuschlagen, welchen Sonnenburg für die Behandlung der Perityphlitis vorgeschlagen — die Incision bis auf das Peritoneum und secundär die Eröffnung des Abscesses, wenn ein solcher zu Tage tritt. Zweimal habe ich mich bewogen gesehen zu incidiren, obgleich die Untersuchung in Narkose den Tumor nicht finden liess, den ich ohne Narkose so deutlich zu fühlen geglaubt. Beidemal hat die Incision bis auf das Peritoneum mich belehrt, dass mein erster Untersuchungsbefund eine Täuschung gewesen. In der Narkose hat man auf das Genaueste die ganze Bauchhöhle nach Abscessen abzutasten nicht bloss in der Ileocöcalgegend oder deren nächster Umgebung. Ein beliebter Sitz ist das kleine Becken, hier ist der Abscess nur durch sorgfältige Rectaluntersuchung, und zwar die combinirte, zu finden. Ferner scheint die Milzgegend relativ häufig Sitz derartiger secundärer Abscesse zu sein. Ist der Abscess constatirt, so fordert er auch ungesäumt die Eröffnung.

Es könnte auffallen, dass bei der grossen Anzahl eröffneter Abscesse, so verhältnissmässig selten der Wurmfortsatz in denselben gefunden wird. Einer der vorhin angeführten Fälle illustrirt, wie solches möglich. In jenem Fall war ich zufällig in den Abscess mit dem proc. vermiformis gekommen und die anderen blieben uneröffnet, meistens findet das Umgekehrte statt. Natürlich kann man wegen sog. Perityphlitis operirte Patienten nicht für definitiv geheilt ansehen, so lange die causa morbi, der Wurmfortsatz, nicht entfernt worden ist. Gelingt es im weiteren Verlauf dieser Fälle den Tumor nachzuweisen, oder leitet bei anhaltend wiederkehrenden perityphlitischen Attaquen auch blos eine gewisse Resistenz und Druckempfindlichkeit auf den proc. vermiformis, so ist in der anfallsfreien Zeit dem Kranken der Vorschlag der Operation zu machen. Die Erfolge Senn's, Kümmell's und Anderer berechtigen nicht nur, sondern verpflichten auch dazu, da bei zurückgebliebenem Wurmfortsatz die Möglichkeit stets vorhanden, dass eine neue Attaque Perforation nach der Bauchhöle und tödtbringende Peritonitis zur Folge haben kann.

Ob man bei der allgemeinen Peritonitis operiren soll, ist eine Frage, zu der Jeder für sich Stellung zu nehmen hat. Die Chancen sind so wenig günstige, dass Keinem ein Vorwurf gemacht werden kann, wenn er die Operation ablehnt.

Ist die Perforation frisch, der Kräftezustand ein leidlicher, so könnte die Operation immerhin gewagt werden, da von allen operirten Peritonitiden diejenige bei Wurmfortsatzperforation die am wenigsten schlechten Aussichten giebt, vielleicht hilft dazu die Tendenz des Peritoneum durch Adhäsionen dem Vordrängen des Eiters eine Grenze zu setzen, welche Tendenz es bei den in Rede stehenden Processen in ganz besonderem Masse auszuüben scheint.

Zum Schluss erlaube ich mir folgende Sätze hervorzuheben:

1. Die Begriffe Typhlitis und Perityphlitis sind schärfer auseinanderzuhalten als bisher.
2. Die Bezeichnung «Perityphlitis» käme am Besten ganz in Wegfall.
3. Die unter dieser Diagnose ohne Operation zur Heilung kommenden Fälle sind theils den Typhlitiden zuzurechnen, theils betreffen sie acute Schübe chron. Entzündung des Wurmfortsatzes, welche ohne Perforation verlaufen.
4. In jedem Fall, welcher keine typische Typhlitis darstellt, ist die Chloroformnarkose zur Vervollständigung der Untersuchung anzuwenden.
5. Der möglichst frühzeitigen Diagnose des Abcesses hat sofortiger operativer Eingriff zu folgen.
6. Bei intraperitonealem Abscess ist stets an sein multiples Vorkommen zu denken, bei extraperitonealem daran, dass gewöhnlich ein Zusammenhang mit einem intraperitonealen Abscess vorhanden ist.
7. Die radicale Entfernung des Wurmfortsatzes hat nur in den freien Intervallen zu geschehen.

Zur Behandlung gangraenverdächtiger Hernien.

Vortrag, gehalten auf dem IV. livländischen Aerztetag am 15. September 1892.

Von

Dr. med. E. Kiwull,
Stadtarzt zu Wenden.

Bei der eminent praktischen Bedeutung der Therapie der Hernien erscheint es berechtigt auch an dieser Stelle auf einige zur Zeit noch strittige Punkte in dieser Frage einzugehen und dieselben einer Besprechung zu unterwerfen. Ich meine im speciellen die Behandlung gangraenverdächtiger Darmbrüche. Trotzdem die klinische Beobachtung schon seit lange gezeigt hatte, dass man eine Darmschlinge — wenn man nur genügend anti- resp. aseptisch verfuhr, längere Zeit extraperitoneal belassen konnte, ohne dass daraus dem Träger besondere Gefahren erwuchsen, ist dieses Princip bei der Therapie

der Hernien bisher noch wenig berücksichtigt worden. Erst die letzten Jahre haben uns einzelne spärliche Beobachtungen gebracht, wo man bei Verdacht auf Gangraen die Schlinge nicht in die Bauchhöhle reponirte, auch nicht resecirte, sondern dieselbe ausserhalb der Bauchhöhle sorgfältig aseptisch beliess, und sie erst dann reponirte, als sie sich erholt hatte.

Dass man bei einer Herniotomie einen wenig injicirten und spiegelnden Darm, der auch am einschnürenden Ring keine auffälligen pathol.-anat. Veränderungen darbietet, sofort nach Lösung der Einklemmung in die Bauchhöhle reponirt, erscheint jedem selbstverständlich. Darüber aber, wie man bei einem gangraenverdächtigen Darm vorgehen solle, gehen die Ansichten noch sehr auseinander. — Mögen die gebräuchlichen Lehrbücher noch so subtile Untersuchungsmittel angeben, wann man den Darm reponiren dürfe, wann nicht — in der Praxis steht man häufig genug rathlos da. Trotzdem man auf Glanz, Belag, Geruch, Farbe der Schlinge und des Bruchwassers geachtet und scheinbar alle Regeln befolgt hat, wird man nach Reposition häufig genug schliesslich von einer septischen Peritonitis überrascht. Natürlich wird eine grosse Erfahrung viele solcher Fälle wohl vermeiden können — aber wonach soll sich eben Der richten, dem diese grosse Erfahrung nicht zu Gebote steht? Dabei beträgt die Mortalität nach Herniotomien in der antiseptischen Zeit 36,6 pCt. (B. Schmidt). Unter den verschiedenen Ursachen dieser Mortalität bleibt doch immer eine der bedeutendsten und wichtigsten die, dass nach Reposition doch schliesslich Gangraen und Perforation der Schlinge eintrat und dadurch eine septische Peritonitis veranlasst wurde. Nächstdem führt die pathologische Anatomie als Todesursache Perforation auf, die nicht in der incarcerirten Schlinge, sondern oberhalb derselben eintrat, bedingt durch die faulige Zersetzung des stagnirenden Darminhalts und dessen Einwirkung auf die Darmwand. Ferner folgen Sepsis durch Ptomainresorption, septische lobuläre Pneumonieen, endlich die vagen Todesfälle ohne anatomisches Substrat, Shok etc.

Für unsere heutige Betrachtung hat im Wesentlichen nur die perforative Peritonitis Bedeutung, die von der incarcerirten Schlinge ihren Ausgang nahm — da bei der oben erwähnten «extraperitonealen» Behandlung suspecter Schlingen derlei Todesfälle wohl ziemlich sicher vermieden werden können.

Was die gebräuchliche Therapie gangraenverdächtiger Hernien angeht, so wäre zunächst die Reposition zu erwähnen. Bei dieser ist es zum mindesten nicht zu verantworten, wenn gleich an die Reposition die Radicaloperation geschlossen wird. Mehr Vertrauen verdient da noch der Vorschlag von Hahn, die Schlinge zu reponiren, nachdem man sie in ein Stück Jodoformgaze eingehüllt — aber auch dabei kann es bei Perforation der Schlinge zu Peritonitis kommen. — Auch die mehrfach gemachte Empfehlung, die verdächtige Schlinge zu reponiren und den Bruchsack durch einen Gazetampon oder Drain offen zu halten — mag in vielen Fällen genügen. Man verlässt sich nur eben darauf, dass der Darm, in seiner Peristaltik gelähmt, an der Bruchpforte liegen bleibt. Ob das aber unter allen Umständen zutreffend ist, ist noch bisher definitiv nicht festgestellt

Die Anlegung eines anus präternaturalis käme bei blossem Verdacht auf Gangraen wohl kaum in Frage. Bei manifester Gangraen beträgt dabei die Mortalität nach Riegel und Kocher 80 pCt.

Was die primäre Darmresection und Naht bei gangraenverdächtigen Schlingen angeht, so haben sich die Resultate, die früher so abschreckende waren, jetzt wesentlich gebessert. Trotzdem ergiebt eine Zusammenstellung von 155 Fällen von Darmresection und Naht aus den Publicationen aller Länder (D. Zeitschrift für Chirurgie Bd. XXXII W. Sachs), eine Mortalität von 37,5 pCt.

Jetzt frage ich, sind wir berechtigt, bei einer Mortalität von 37,5 pCt. auch gangraenverdächtige Fälle sofort primär zu reseciren und zu nähen, wo die Möglichkeit vorliegt, dass bei expectativem Verhalten sich die Schlinge erholt und nach wenigen Tagen unbeschadet reponiren lässt. Ich glaube kaum, sobald der klinische Nachweis geliefert ist, dass man gangraenverdächtige Schlingen in dieser Weise mit Erfolg behandelt hat. Und dieser Nachweis kann geliefert werden. Uns liegen mehrere gut beobachtete Krankengeschichten vor. R. Graefe (D. Zeitschrift für Chirurgie, Bd. XXXIV) reponirte eine 3 Tage lang eingeklemmt gewesene gangraenverdächtige Schlinge nicht, sondern fixirte sie durch Nähte vor der Bauchwand. Die Schlinge erholte sich und wurde nach fünf Tagen secundär versenkt. Genesung — Einen weitern Fall giebt uns Rovsing (Centralblatt f. Chirurgie 1892. Nr. 28). Eine 3 Tage incarcerirte, sehr suspecte Schlinge wird mittels Suturen an der Bauchwand fixirt. Nach 4 Tagen Reposition, da sich die Schlinge erholt hatte. Ausgang in Genesung. — Ausserdem bin ich in der Lage über einen derartigen Fall zu referiren, den ich im Krankenhause zu Riga operirt habe und den ich mit gütiger Erlaubniss des Ordinators der chirurgischen Abtheilung daselbst Dr. A. Bergmann jetzt veröffentliche.

S. H., 20 a. n., wird am 27. September 1890 im Rigaschen Krankenhause aufgenommen. (Journal Nr. 3088). Anamnese: Seit einem Jahr an einem rechtseitigen Leistenbruch leidend, der sich bisher immer gut reponiren liess. Am 24. September Mittags Bruch wieder hervorgetreten und nicht mehr zu reponiren gewesen. Sehr bald nachher Erbrechen, starke Schmerzen im Leibe. Seit dieser Zeit kein Stuhl, keine Winde.

Status präsens: Graciles Individuum, schwache Musculatur, mässiger panniculus adiposus. Rechte Scrotalhälfte bis zu Faustgrösse ausgedehnt. Geschwulst verläuft in der Richtung zum Leistencanal hin. Percussionsschall über dem Tumor gedämpft. Am tiefsten Punkt des Scrotums rechts der Hode palpabel. Leib nicht aufgetrieben. Unterer Leberrand am Rippenbogen. — Innere Organe ergeben normalen Befund. —

27. September, 4 h. p. m. Herniotomie. Nach Eröffnung des Bruchsackes entleert sich eine bräunlich verfärbte übelriechende Flüssigkeit. In der Flüssigkeit geronnene gelatinöse Massen. Im Bruchsack findet sich eine Dünndarmschlinge und Netz. Darmschlinge braunroth, wenig spiegelnd. Nach Spaltung des einschnürenden Ringes durch die ganze Dicke der Bauchdecken überzeugt man sich, dass am Darm eine deutlich gelblich verfärbte Schnürfurche vorhanden ist. Es wird daher von einer Reposition abgesehen und der Darm in Gaze eingehüllt ausserhalb der Bauchhöhle gelassen. Bruchsack durch einzelne Suturen an die äussere Haut fixirt.

28. September. In der Nacht mehrfach Winde abgegangen, kein Erbrechen. Leib etwas aufgetrieben. Beim Verbandwechsel findet man die vorliegende Darmschlinge gebläht, durch Adhäsionen mit dem Gazestück verklebt, doch lassen sich die Adhäsionen leicht lösen. An Stelle der gelblich verfärbten Schnürfurche jetzt eine gut granulirende Wunde sichtbar. Darm selbst hellroth, spiegelnd. – Darmschlinge wird in die Bauchhöhle reponirt, Bruchpforte durch Jodoformgazetampon geschlossen.

29. September. V. W. Bruchpforte sehr eng geworden. Schlinge nicht mehr sichtbar. Stuhl nach Klysma.

2. October. Täglich Stuhl nach Klysma.

3. October. Stuhl spontan. Bruchpforte hat sich vollständig geschlossen. Gute Granulation.

6. October. Täglich spontaner Stuhl.

5. November. Bis auf eine kleine granulirende Partie alles benarbt. Genesen entlassen.

In allen diesen Fällen gelang es also leicht die incarcerirt gewesenen, gangraenverdächtigen Darmschlingen zu reponiren, nachdem sie 5 resp. 4 resp. 1 Tag vor der Bauchwand fixirt gelegen und sich erholt hatten. Mag uns von gegnerischer Seite auch der Vorwurf gemacht werden, dass diese Fälle alle wohl auch nach primärer Reposition in die Bauchhöhle gut abgelaufen wären — wir haben das Bewusstsein, nicht hazardirt zu haben Ob diese Fälle bei primärer Resection ebenso gut abgelaufen wären, erscheint nach den statistischen Belegen wohl etwas zweifelhaft. Damit will ich keineswegs die Resection verdammen — nein, ich verlange nur, dass man nicht bei blossem Verdacht auf Gangraen schon

resecirt. — Man lasse die gangraenverdächtige Schlinge nach Lösung der Einklemmung und Vorziehen der Schlinge bis über die Schnürfurche, durch einige Suturen fixirt vor der Bauchwand liegen, und resecire erst, sobald die Gangraen manifest wird.

Referate.

W. N. Ssirotinin: Einige Worte zur Frage über die Infectiosität der Cholera. (Bolnitschnaja Gazeta Botkina 1892 Nr 37) (russisch).

In der Nr. 38 der Wochenschrift brachten wir das Referat über den vor Kurzem erschienenen Artikel Erismann's zur Cholerafrage, in welchem derselbe die geringe Morbiditätsziffer der Aerzte durch die Cholera dadurch zu erklären suchte, dass er gleich Pettenkofer annahm die Choleradejectionen enthielten das Krankheitsgift nicht in bereits wirksamer Form, sondern dasselbe müsse sich erst in einem geeigneten Erdboden weiterentwickeln.

Es war somit angesichts der Epidemie die Frage über die Entstehung der Cholera im weiteren Sinne von Neuem angeregt worden und sie hat auch schon, wie zu erwarten war, weitere Meinungsverschiedenheiten gezeitigt. Der localistischen Lehre Erismann's tritt Ssirotinin in mehr contagionistischer Beweisführung gegenüber. Er betont vor Allem. 1) dass ein Vergleich der Cholera mit dem Flecktyphus schon deshalb unmöglich sei, weil das Contagium des letzteren zu den flüchtigen gehört und in Folge seiner Tenacität wahrscheinlich längere Zeit in trockenem Zustande an den Gegenständen des Kranken und des Hospitals haftend wirksam bleiben kann; und 2) dass das Contagium des T. exanthemat. an den Ausscheidungen des Kranken haftet und zwar in einer für unsere Sinnesorgane bisher nicht wahrnehmbaren Form (z. B. Epidermis); dass also eine persönliche Prophylaxis viel schwerer durchzuführen sei gegen den unsicheren Feind und dass ihm daher am frühesten und am meisten diejenigen erliegen, welche durch ihren Beruf genöthigt sind am längsten in der Umgebung des Kranken zu weilen, besonders noch wenn dieser sich in ungünstigen hygienischen Verhältnissen befindet wie z. B. im Kriege. — In dem hiesigen Alexander-Baracken-Hospital z. A. Botkin's seien in 10 Jahren 1000 Fälle von Flecktyphus behandelt worden und in diesem Zeitraum seien erkrankt am Flecktyphus nur ein Arzt, 6 Schwestern und Feldscherinnen, 13 Wärterinnen und 4 Diener, obgleich ein Wechsel des meist aus jüngeren Personen bestehenden Personals häufig genug stattgefunden hatte. Das ergiebt also ganz andere Zahlen, als die von Erismann aus Kriegszeiten. Der Krankheitserreger des Flecktyphus wird wohl die Fähigkeit haben auf verschiedene Weise in unseren Organismus zu gelangen, bei dem nicht flüchtigen Contagium der Cholera liegen aber die Verhältnisse anders. Ist die Annahme Erismann's, dass der Kranke das Choleragift in noch unwirksamer Form ausscheide richtig, dann ist ja wohl die Cholera nicht contagiös und das relativ seltene Erkranken des ärztlichen Personals erklärt. Aber hier kämen noch andere Momente in Betracht: 1) Ein Keim könne hochgradig infectiös sein, ohne dass die Bedingungen für seine Uebertragung günstige sind (wie z. B. bei der Syphilis). 2) Der Keim könne unter ungünstigen Bedingungen ausserhalb des Körpers rasch zu Grunde gehen. 3) Der Keim kann endlich, wie bei der Cholera, in den Excreten in sehr beschränkter Quantität vorhanden sein, und zwar in denjenigen Excreten, mit welchen in Berührung zu kommen jeder Mensch instinctiv vermeidet. Wenn also diese letztere Bedingung mit der geringen Dauerhaftigkeit des Krankheitserregers zusammenfällt, so könne es nicht Wunder nehmen, dass das auf Reinlichkeit dressirte Wartepersonal der Cholerakranken seltener erkrankt, als die bisherige häusliche Umgebung des Kranken. Heutzutage, wo das Experiment entscheidet, sei es nicht gestattet, bei Abwesenheit positiver Kenntnisse über die Art der Ausbreitung der Cholera durch indirecte Beweise Schlussfolgerungen zu ziehen. Wenn aber E. behauptet der Cholerakeim befände sich in den Ausleerungen des Kranken in unreifem Zustande, so heisst das doch, man könne ihn in beliebiger Quantität ungestraft per os einführen und wenn E. den Cholerakranken als solchen nicht fürchtet, so wendet ihm Ss. dagegen ein, dass wir ohne den einzelnen Cholerakranken in Europa ja keinen Choleraort oder wenigstens keinen grösseren Erkrankungsherd besässen. — Verf. kommt zum Schluss, dass er sich in Bezug auf die Cholera nicht auf den Standpunkt der Contagionisten stellt, wohl aber den Kommabacillus bestehen lässt, es sei jedoch per analogiam geschlossen fast unmöglich anzunehmen, dass der von classischer Cholera betroffene Organismus nicht auch den bereits seinerseits wirksamen Krankheitserreger producire.

Kallmeyer.

Th. Rosenheim: Ueber die Magendouche (Therap. Monatshefte. Nr. 8. 1892).

Die Magensonde lässt sich nicht nur zur Entleerung des Magens und zur Ausspülung, sondern auch zur sog. Berieselung des Organs verwenden, die entweder unmittelbar an die Reinigung angeschlossen, oder als selbstständige Procedur am leeren Magen geübt werden kann, um auf die Schleimhaut eine anregende oder beruhigende Wirkung auszuüben. Diese Methode der Magendouche wurde zuerst auf der Kussmaul'schen Klinik von Malbranc erprobt. Dieser bediente sich zur Bekämpfung schwerer, hartnäckiger Magenkrämpfe der inneren Douche von warmem, kohlensäurehaltigem Wasser (gewöhnlichem Sodawasser von 38° C.) unter starkem Druck: das Wasser, die Wärme und die Kohlensäure erzielten offenbar den günstigen Erfolg. Verf. hat nun eine grosse Zahl von Magenkranken der Behandlung mit der Douche unterworfen, indem er warmes Wasser, Kochsalzlösung, kohlensäurehaltiges Wasser und Chloroformwasser zur Berieselung verwandte. Er gebrauchte zu diesem Zwecke einen Schlauch, der zahlreiche, kleine Oeffnungen enthielt (1—2 Mm. Durchmesser) und in der Kuppe ein Loch von 3—4 Mm. Das unter starkem Druck ausfliessende Wasser tritt in feinen Strahlen fontaineartig aus den kleinen Löchern heraus und berieselt alle Theile des Organs; die grosse Oeffnung in der Kuppe gestattet ein schnelles Abfliessen des Wassers. Die Procedur wurde gewöhnlich des Morgens auf nüchternen Magen vorgenommen und hat sich als beruhigendes und milde anregendes Mittel bewährt. Bei nervöser Dyspepsie, ferner bei mittelschweren Katarrhen wurde oft schon innerhalb einer Woche ausserordentliche Besserung erzielt. Wo eine Anregung der Saftsecretion wünschenwerth erschien, wurde 1 Theelöffel Kochsalz auf 1 Liter Wasser zur Berieselung angewandt. In Fällen schwerer Reizzustände — Hyperaesthesie, vomitus nervosus, besonders Gastralgie — wurden Douchen mit Zusatz von Kohlensäure, Höllenstein (1:1000) oder Chloroform versucht; in einigen Fällen war ein eclatanter Effect zu constatiren, in anderen blieb ein solcher vollständig aus. Das Chloroformwasser (50—60 Gr. Chloroform in 1 Liter Wasser geschüttelt) schien bei schweren Cardialgien gute Dienste zu leisten. Die Berieselungen mit Höllensteinlösung bewährten sich hervorragend bei den durch Superacidität erzeugten Beschwerden; dabei wird die Magenschleimhaut in keiner Weise geschädigt. Die Indication für die Anwendung des Irrigationsverfahrens stellt Verf. auf Grund der angeführten Krankengeschichten in folgender Weise: «Die Douche kann erfolgreich bei Individuen mit Dyspepsie nervöser Natur verwandt werden mit und ohne allgemeine neurasthenische Beschwerden, ferner auch bei solchen mit chronischem Magenkatarrh mässigen Grades mit und ohne Herabsetzung der motorischen Function, endlich bei schweren Reizzuständen der sensiblen secretorischen Apparates des Magens, Gastralgien, Magensaftfluss; sie erweist ihren günstigen Einfluss als anregendes und beruhigendes Mittel selbst in sehr hartnäckigen Fällen.

Abelmann.

P. Hampeln (Riga): Ueber einen Fall habitueller und paroxystischer Tachycardie mit dem Ausgange in Genesung. (Deutsche medic. Wochenschr. Nr. 35).

Verf. beschreibt einen Fall von Tachycardie, die 15 Jahre lang bestand und schliesslich den Ausgang in Genesung nahm; von Interesse ist hier namentlich der Zusammenhang zwischen Herzerkrankung und Tachycardie. Da der Fall in dieser Beziehung lehrreich ist, wollen wir hier die Krankengeschichte in Kurzem wiedergeben;

Herr M. 47 Jahre alt, vor 15 Jahren acuter Gelenkrheumatismus, complicirt sich in der 3. Krankheitswoche mit Pericarditis. In der Reconvalescenz tritt eine auffallende Beschleunigung des Pulses auf, 140—160; dabei aber fortschreitende Erholung. Wiederherstellung der normalen Verhältnisse am Herzen. Bald nach der Erkrankung gesellten sich zu der habituellen Tachycardie Anfälle von Herzklopfen in zwei verschiedenen Typen 1) im Typus der nervösen Herzpalpitationen, 2) im Typus des Tachycardieparoxysmus. Erstere traten täglich mehrmals auf und zwar in Abhängigkeit von geringfügigen Ursachen; letztere Paroxysmen treten ohne erkennbare Veranlassung auf, halten längere Zeit an (von 1/4 bis 8stündiger Dauer) und sind äusserst quälend. Sie beginnen mit kurzwährender Verminderung der Pulsfrequenz unter Beklemmungsgefühlen, darauf steigt die Pulszahl auf 240 bis 280 in der Minute: lebhafte Angst, Schweiss auf der Stirne, zuweilen Brechneigung. Respiration ungestört, nach dem Anfalle sinkt, wiederum plötzlich, die Pulsfrequenz von 240—280 auf 90, Gefühl von Befreiung und Erlösung. Die quälenden Anfälle wiederholten sich in jedem Jahre, besonders oft seit 1886—87, es trat hypochondrische Stimmung ein. Im Sommer 1890 Aufenthalt in einer Anstalt für Nervenkranke, darauf Besserung des psychischen Verhaltens, im Uebrigen aber status idem bis April 1891. Am 8. dieses Monats stellte sich

um 3 Uhr Nachmittags ein ca. 15 Minuten währendes Herzklopfen ein, welches in einen höchst unregelmässigen, stockenden, nicht zu zählenden Herzschlag überging, von diesem Moment ab hatte Patient kein Herzklopfen mehr gehabt, fühlte nur Athemnoth, Beklemmung und starke Schwäche. Dieser Zustand dauerte bis zum 16. April, Morgens 6½ Uhr. In dieser Nacht hatte, nach Angaben des Kranken, das Herz stürmisch und unregelmässig geschlagen, er schlief dann um 5 Uhr ein, und, als er um 6½ Uhr erwachte, fühlte er sich völlig geheilt. Der Puls war regelmässig und kräftig geworden, 88 pro Minute. Dabei ist es bis jetzt geblieben; alle Beschwerden sind spurlos verschwunden.

Verf. sieht den Fall nicht als Herzneurose an, sondern nimmt als Ursache ein mechanisches Bewegungshinderniss, die pericardiale Synechie an, dieselbe wird die volle Contraction des Vorhofs oder Ventrikels gehindert haben; und als Folge dieser mangelhaften Contraction trat eine grössere Contractionsgeschwindigkeit compensatorisch ein. Die Herzpalpitationen und tachycardischen Anfälle sind wohl als Neurose aufzufassen (Lähmung des Vagus, resp. Reizung des Accelerans und Sympathicus). Verf. nimmt an, dass es infolge der heftigen Herzaction zur Dehnung oder auch zur Zerreissung des hindernden Stranges gekommen sei und auf diese dürfte dann die Naturheilung eingetreten sein.

Abelmann.

Fr. Schauta: Ueber innere Blutung bei Nephritis Gravidarum. (Inter. klin. Rundschau 1892, Nr. 27).

In Schauta's Klinik wurde eine Xpara in hochgradig anämischem Zustande gebracht. Lippen und Schleimhäute wachsbleich, grosse Unruhe, Schlafsucht. Zahlreiche Petechien der Haut des Rumpfes und der oberen Extremitäten, spärlicher an den unteren Extremitäten. Fundus uteri am proc. xiphoid, Uteruswand auch ausserhalb der Wehen stark gespannt. Kindstheile und Herztöne nicht nachweisbar. Beständiger, nicht bedeutender Blutabgang aus den Genitalien, der zur Erklärung der hochgradigen Anämie nicht ausreicht. Kindlicher Schädel im Beckeneingang, Cervix verstrichen, Muttermund für 2 Finger durchgängig. Kein Placentargewebe fühlbar. Starke Oedeme der unteren Extremitäten, im Harn 1‰ Albumin. Die Anämie steigerte sich beständig. Auf Grund der hochgradigen Spannung im Uterus in Verbindung mit Anämie bei sehr mässiger und unbedeutender äusserer Blutung stellte Schauta die Diagnose auf innere Blutung. Nachdem eine subcutane Kochsalzinfusion nur geringe und vorübergehende Besserung erzielt hatte, wurde die Entbindung durch Kranioklasie vorgenommen. Gleich nach der Extraction stürzte ein grösseres Blutcoagulum aus den Geschlechtstheilen, gleich darauf gingen noch 1960 Gramm theils flüssigen theils coagulirten Blutes ab. Prophylaktische Uterustamponade mit Jodoformmarly. Trotzdem die Blutung vollständig stand, starb die Frau eine Stunde nach der Entbindung.

Es war offenbar infolge der Brüchigkeit der Gefässe bei Nephritis — wofür auch die Hauptpetechien sprechen — zu einem kleinen Bluterguss an der Placentarinsertionsstelle gekommen. Das Blut hatte sich langsam zwischen Placenta und Uterusinnenfläche ergossen, die Placenta abgehoben und allmählich auch die Eihäute abgelöst. Nachdem letztere bis an den Muttermund abgehoben waren, kam es zu einer äusseren Blutung. Aehnliche Blutungen bei Nephritis sind von Winter in 3 Fällen beobachtet worden. Für die Nephritis als aetiologisches Moment spricht auch der Umstand, dass bei dieser Krankheit habituelles Absterben der Frucht infolge weisser Infarctsbildung vorkommt (Fehling, Cohn). Die Infarctbildung kommt aber durch Blutungen in die Placenta mit nachfolgender Coagulationsnecrose zu Stande. Gehen grössere Placentarpartien durch Infarctsbildung zu Grunde, so muss es zum Absterben der Frucht kommen. Auch in der Placenta des Schauta'schen Falles fanden sich zahlreiche weisse Infarcte, die aber nicht so bedeutend waren, als dass sie nicht genügend reparationsfähiges Parenchym zurückgelassen hätten, sonst hätte das Kind nicht die Reife erlangen können (Gewicht ohne Gehirn 3750 Gramm) Schauta glaubt, dass ähnliche Fälle schwerer innerer Blutung Schwangerer bei Nephritis sich häufiger finden werden, wenn man diesen Thatsachen mehr Aufmerksamkeit schenken wird.

W. Beckmann.

A. Schaefer: Ueber die therapeutische Verwendung des Trionals und Tetronals (aus der psychiatrischen Klinik zu Jena). (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 29. 1892).

Beide Mittel wurden an einer grösseren Anzahl Nerven- und Geisteskranken geprüft. Der Gesammtverbrauch belief sich im Ganzen auf 500 Gr. für jedes Mittel. Die Zahl der behandelten Kranken betrug für Trional 77, für Tetronal 49; bei 42 Kranken kamen beide Mittel nebeneinander zur Verwendung. Sie wurden in heisser Milch verrührt und von den meisten Kranken ohne Schwierigkeit genommen. Die Einzeldosis schwankte zwischen 0,5 und 4,0. Bei den meisten Patienten, die an Schlaflosigkeit litten, wurde eine einmalige Abenddosis von 1,0 resp. 2,0 gegeben. Sollte bei psychischer Erregung und motorischer Agitation Beruhigung erzielt werden, so erfolgte Darreichung von 1,0—3,0 in 4—8 stündigen Zwischenräumen. Die Schlussfolgerungen von Schaefer sind: Beide Mittel haben eine ausgesprochene hypnotische und zugleich beruhigende Wirkung; letztere Eigenschaft kommt in etwas höherem Maasse dem Tetronal zu. Der Eintritt der Wirkung erfolgt schon nach 10–20 Minuten. Trional ist als gut wirkendes Hypnoticum in den verschiedenen Formen der Neurasthenie, der functionellen Psychosen und organischen Hirnleiden indicirt. Es versagte nur in Fällen von Morphio-Cocaïn-Abusus. Tetronal ist indicirt, wo motorische Unruhe mässigen Grades vorhanden ist. Die wirksame Dosis liegt bei 1—2,0. Schädliche Einwirkungen auf Körperorgane ausser auf den Magen und Darmcanal in geringer Intensität wurden nicht beobachtet. Eine Gewöhnung an die Mittel scheint nicht vorzukommen.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Emile Berger: Les maladies des yeux dans leurs rapports avec la pathologie générale. Paris 1892. G. Masson (8° 456 pg.).

Die Bedeutung der Augenerkrankungen für die Diagnostik der Allgemeinleiden ist schon längst erkannt worden; je weiter die Ophthalmologie seitdem in ihrer Entwickelung fortgeschritten ist, um so mehr ist jene Bedeutung gewachsen. Die durch das Allgemeinleiden verursachten Augensymptome sind nicht selten die erste Veranlassung zur Erkennung derselben (Nephritis, Diabetes etc.) und noch öfter massgebend für die genauere Feststellung der Diagnose (Gehirn- und Nervenleiden etc.). Es sind deshalb die Beziehungen zwischen den Augenerkrankungen und den Allgemeinleiden schon in einzelnen Werken eingehender Bearbeitung gewürdigt worden, die sich aber meist auf ein specielles Gebiet (Gynäkologie, Gehirnleiden etc.) beschränkt. Berger giebt nun ebenso wie Förster im bekannten Lehrbuch von Graefe-Saemisch im J. 1877, im vorliegenden Werke eine Zusammenstellung der bisher bekannten Beziehungen der Augenerkrankungen zu allen Allgemeinleiden, indem er die von ihm in seiner Klinik zu Paris über dieses Thema gehaltenen Vorträge in Buchform umgearbeitet, erweitert und mit den nöthigen bibliographischen Hinweisen versehen hat. Bei dem Fortschreiten aller Zweige der Medicin ist diese Arbeit eine durchaus zeitgemässe und wird Vielen erwünscht kommen. Nicht nur den Ophthalmologen, in deren Lehrbüchern in Folge der Eintheilung nach einzelnen Theilen des Auges die von einem Allgemeinleiden abhängigen Erkrankungen der verschiedenen Theile nicht leicht zu finden sind, sondern auch den Vertretern der anderen medic. Disciplinen, in deren Lehrbüchern die Augensymptome meist nicht genügend ausführlich behandelt sind.

Es ist dem Verf recht gut gelungen, seine Aufgabe zu lösen, doch muss der Leser nicht eine monographische Abhandlung der einzelnen Abschnitte erwarten. Manches ist sehr kurz behandelt, Anderes sehr ausführlich; die Bibliographie lässt viele Lücken bemerken. Aber es ist genug geboten, um ein klares Bild unserer Kenntnisse der von den verschiedenen Allgemeinleiden abhängigen Augenerkrankungen zu bekommen. Die theoretischen Ausführungen sind theilweise originell, stets aber dem neuesten Standpunkt der Wissenschaft entsprechend. Es werden alle Krankheitsgruppen berücksichtigt, einschliesslich der Intoxicationen und Parasiten. Als Anhang und etwas aus dem Rahmen der Arbeit heraustretend sind die professionellen und senilen Augenleiden abgehandelt, sowie der Einfluss verschiedener Augenleiden auf Erkrankung anderer Organe. — Der Druck ist gut, die Bilder nicht ganz unserem verwöhnten Geschmack entsprechend.

Schroeder.

Max Joseph (Berlin): Lehrbuch der Hautkrankheiten. Leipzig. Georg Thieme. 1892. 299 Seiten. Mit 33 Abbildungen im Text und 3 Photogravüren.

Bei den zahlreichen Fortschritten auf dem Gebiete der Dermatologie im letzten Lustrum, namentlich nachdem seit Begründung der dermatologischen Congresse der Austausch der verschiedenen Anschauungen ein lebhafterer geworden, stellte sich ein entschiedenes Bedürfniss nach einem kurz gefassten Handbuche ein, in welchem auch der Nicht-Specialist einen richtigen, klaren Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten (namentlich letzterer) erhielte. Diesem Bedürfniss hat Joseph durch sein soeben erschienenes Büchlein in glänzender Weise abgeholfen und sind wir überzeugt, dass jeder College das in klarer, knapper Form dargelegte Material mit Vergnügen und Nutzen sich zu eigen machen wird. Wir müssen hervorheben, dass der Autor in anerkennenswerthester Weise die Special-Lite-

ratur bis in die allerjüngste Zeit hinein verwerthet hat und sind überzeugt, dass das Buch sich bald viele Freunde erwerben und dadurch bald eine 2. Auflage ermöglichen wird. Gerade im Hinblick darauf möchten wir uns einige kleine Bemerkungen erlauben.

Vor Allem scheint es uns wünschenswerth mit einem alt hergebrachten Usus zu brechen und endlich die bisher in sämmtlichen Handbüchern der Dermatologie in Wort und Bild abgehandelten, Läuse und Flöhe hinauszuwerfen. Es genügt doch vollkommen, wenn man beiläufig bei den Haut-Traumen erwähnt, dass sie auch durch die erwähnten Schmarotzer bewirkt werden können. Sollte wirklich irgend ein Mediciner sein Diplom erhalten haben und doch noch mit Kopf, Filz- und Kleiderlaus nicht mehr als angenehm bekannt geworden sein. Andererseits vertheuert doch jedes Cliché die Ausgabe.

Ferner scheint es zeitgemäss, von dem Namen «Herpes tonsurans» sich völlig los zu machen und statt seiner die bereits gangbare Benennung «Dermatomycosis» zu acceptiren, denn gewöhnlich haben wir bei dem gedachten Krankheitsbilde weder «Herpesbläschen» noch sind die Haare «tonsurirt».

Dann möchte ich noch für den Nichtspecialisten, der selten Gelegenheit zur dermatologischen Therapie hat, hervorgehoben wissen, dass das Chrysarobin in Salbenform die Wäsche auf's ärgste befleckt und verdirbt. Daher müsste es eigentlich nur in Verbindung mit «Traumaticin» benutzt werden, um so mehr da es in dieser Form eben so schön wirkt wie in Salben und die Wäsche genügend schont.

Die Ausstattung des Buches verdient volle Anerkennung.

O. Petersen.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Ritzman theil im «Corresbl. f. Schweizer Aerzte» Nr. 3 mit, dass Prof. Forel in seiner Gegenwart einen hartnäckigen, allen Behandlungsmethoden trotzenden Fall von Blepharospasmus idiopathicus seu hystericus bei einer 35jähr. Bauerndirne durch mehrmalige Hypnose heilte und eine Anaesthesia retinae bei einem 18jähr. Dienstmädchen in zwei Sitzungen beseitigte. (Cbl. f. Augenh. September).

Wir erhalten folgende Zuschrift:

Hochgeschätzter Herr College!

In der Nr. 36 der «St. Petersburger medic. Wochenschrift» findet sich eine Mittheilung über «die Pensionscasse für Wittwen und minderjährige Waisen der Aerzte des Livländischen Gouvernements». Aus dieser Mittheilung gewinnt der Leser die Ansicht, als ob Livland unter den Ostseeprovinzen bis jetzt allein in der Lage wäre, eine solche ärztliche Pensionscasse zu besitzen. Dieses ist nicht der Fall. In Estland besteht eine ähnliche Pensionscasse, die am 4. April 1891 gegründete «Dr. Carl Berg-Stiftung zur Unterstützung von Wittwen und Waisen der Aerzte Estlands», nachdem, wie aus dem beifolgenden Statut zu ersehen, die ministerielle Bestätigung dieser Stiftung schon am 25. Mai 1890 erfolgt war. Indem ich etc.

Dr. med. Arthur Bätge,
z. Z. Curator der Dr. Carl Berg-Stiftung
zur Unterstützung von Wittwen und Waisen
der Aerzte Estlands.

In Sachen der Bekämpfung der Lepra

geht uns die nachstehende Zuschrift zu, welche wir der angelegentlichen Aufmerksamkeit unserer Leser empfehlen:

Wie bekannt ist, hat die in Dorpat gegründete Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra zu Ende des vorigen Jahres in Muhli bei Dorpat ein Leprosorium eröffnet; dasselbe steht seitdem in erfreulichem Betriebe und hat im Ganzen 25 Kranken Schutz und Pflege angedeihen lassen. Zugleich ist die Gesellschaft auch mit der Errichtung eines grösseren Leprosoriums in Nennal am nordwestlichen Ufer des Peipus-Sees beschäftigt gewesen.

Die frühere Poststation Nennal, deren geräumige Gebäude nebst zugehörigem Bodenareal von der Livländischen Ritterschaft behufs Gründung einer Leproserie der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra übergeben worden sind, ist im Laufe dieses Sommers nach den Plänen und unter der Aufsicht des Herrn Universitätsarchitekten Guleke für ihren neuen Zweck ausgebaut und renovirt worden, ferner ist eine saubere Waschküche und Badeanstalt eingerichtet, der Boden des Hauses und der zugehörige Hofraum sind durch einen tiefen Canal drainirt und trocken gelegt, ein Eiskeller, ein Holzschuppen, eine Schenne und Stallraum hergestellt. Gleichzeitig hat auch die Gesellschaft alles zur inneren Einrichtung Nothwendige, wie Betten, Bettzeug, Möbel, Küchengeschirr, Wäsche, Kleider und Fusszeug für die Kranken so wie auch Medicamente, ärztliche Instrumente und Verbandzeug besorgt.

Als Arzt und Leiter der Anstalt ist der Herr Dr. W. Walter aus Tschorna engagirt worden, welcher nahe bei Nennal seinen Wohnsitz hat und die Anstalt so oft es nöthig ist, jedenfalls aber 2 mal wöchentlich, besuchen und für den regelmässigen Betrieb derselben sorgen wird. Eine Oberaufseherin und Pflegerin, ein Knecht und eine Magd wohnen in Nennal selbst. Die noch arbeitsfähigen Kranken werden daselbst nicht nur Verpflegung finden, sondern auch Gelegenheit haben, im Garten und auf den Feldern leichte Arbeit zu leisten und einen Theil des Küchenbedarfs für die Anstalt aus dem eigenen Grund und Boden derselben zu produciren. Die weiblichen Insassen werden sich hoffentlich durch Spinnen, Stricken und Nähen nützlich machen und die Kleider der Kranken in Ordnung halten.

So sieht nun das Leprosorium Nennal, welches für 40 bis 50 Kranke eingerichtet ist, wohl ausgerüstet dem Beginn seiner Thätigkeit entgegen. Als Zahlung für die Verpflegung Lepröser hat die Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra fünf Rubel monatlich festgesetzt — ein Betrag, der natürlich die wirklichen Unterhaltskosten eines Kranken bei weitem nicht deckt, aber doch nicht wohl gesteigert werden kann, da die meisten Kranken auf Kosten ihrer Landgemeinden unterhalten werden und diese letzteren nur selten im Stande sind, mehr als 60 Rbl. jährlich für ihre unglücklichen Kranken aufzubringen. Die Zahlung ist an den Leiter der Anstalt in Nennal zu entrichten.

Da die Lepra auch in Estland verbreitet ist, so hat die Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra beschlossen, ihre Thätigkeit auch auf diese Nachbarprovinz auszudehnen, und dem gemäss gehörigen Ortes eine Erweiterung ihres Statutes erwirkt. Es steht somit der Aufnahme von Kranken, welche aus Estland stammen, Nichts entgegen.

Die Krankenaufnahme geschieht durch Herrn Dr. W. Walter in Tschorna und Nennal nach vorhergegangener Besichtigung und Untersuchung der sich meldenden Kranken; auch können dieselben beim Leiter des Leprosoriums Muhli, Herrn Dr. W. Gerlach (Adr.: Dorpat, Medicinische Klinik) angemeldet und aufgenommen werden. Die Kranken, welche sich in Dorpat melden, finden dann zunächst in Muhli ein Unterkommen und nur wenn bei ihnen die Lepra nicht zu weit vorgeschritten ist, werden sie nach Nennal dirigirt, während die schwerer Erkrankten, bei denen eine schwierige medicinische Pflege oder operative Eingriffe vorauszusehen sind, in Muhli zurückbehalten werden, weil hier eine ausgiebige medicinische Hilfe durch die Nähe der Kliniken leichter zu beschaffen ist.

Somit hat unsere Gesellschaft einen bedeutsamen Schritt vorwärts gethan in der Entwickelung ihrer Thätigkeit und in der Erfüllung der Aufgaben, die sie sich gestellt hat. Wir hoffen, dass das Leprosorium Nennal in kurzer Zeit mit Aussätzigen gefüllt sein wird, die die Wohlthat einer gesicherten, menschenwürdigen Existenz ebenso dankbar empfinden werden, wie die Bewohner von Muhli, und wir bitten alle Gemeinden und Privatpersonen, welche die Absicht haben, Lepröse in Nennal unterzubringen, dieselben möglichst bald bei Dr. Gerlach oder Dr. Walter anzumelden. Die genannten Herren werden auf etwaige Anfragen über das Wie und Wann der Krankenaufnahme bereitwilligst Auskunft geben.

Die Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra wird, sobald auch Nennal in vollem Betriebe ist, gegen 70 Aussätzige verpflegen. Dass dadurch den Kranken eine grosse Wohlthat erwiesen wird, ist zweifellos; es lässt sich aber auch hoffen, dass die Isolirung der Kranken, welche durch die Verpflegung in einem Leprosorium aus dem allgemeinen Verkehr herausgezogen werden, nicht ohne günstigen Einfluss für die Beschränkung der Seuche im Lande sein wird.

Es handelt sich also nicht nur um ein Werk der Barmherzigkeit, sondern zugleich um eine Unternehmung, die dem ganzen Lande Nutzen bringen soll. Deshalb rechnet die Gesellschaft auf thatkräftige Unterstützung in allen Kreisen und Schichten unserer Bevölkerung.

Die bauliche Einrichtung und die Beschaffung des Inventars der Leproserien hat einen grossen Theil des Capitals, welches die Gesellschaft gesammelt hat, verschlungen. Auf der im Januar des kommenden Jahres stattfindenden Generalversammlung der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra wird hierüber öffentlich Rechenschaft abgelegt werden. Die Zinsen der übriggebliebenen Summen und die jährlichen Mitglieds-Beiträge zusammen mit den Zahlungen, die für die einzelnen Kranken geleistet werden, sind aber bis jetzt nicht gross genug, um die Kosten vollständig zu decken, welche durch den Unterhalt und die Verpflegung von 70 Kranken verursacht werden. Es darf nicht vergessen werden, dass ein einziger Kranker etwa 90 bis 100 Rubel jährlich kostet.

Es gilt daher, das hoffnungsreich begonnene Werk durch fortgesetzte Geldbeiträge zu stützen und zu erhalten. Die

Gesellschaft wendet sich daher an alle Menschenfreunde, die ein Herz für das Elend der Leprösen haben, mit der herzlichen Bitte, ihre Bemühungen dadurch zu unterstützen, dass sie Mitglieder unserer Gesellschaft werden und sich zu einer regelmässigen Zahlung zum Besten derselben verpflichten. Als Minimum eines Mitglieds-Beitrages sind 3 Rbl. jährlich oder eine einmalige Zahlung von 50 Rbl. festgesetzt und es giebt gewiss Viele, die ein so geringes Opfer mit Freuden bringen werden.

Die Gesellschaft besitzt in Petersburg an den Herren: Redacteur P. v. Kügelgen, Newski Pr. 20 und Dr. med. P. Hellat, Mochowaja 44 Vertrauensmänner, die sich freundlichst bereit erklärt haben, etwaige Spenden und die einlaufenden Mitgliedsbeiträge an die Centralverwaltung nach Dorpat zu senden, sowie die Jahresquittungen für die Mitglieds-Beiträge, welche zugleich als Mitglieds-Karten gelten, den Mitgliedern zuzustellen. Wir bitten einen Jeden, der sein Scherflein zum Besten unserer Aussätzigen beibringen will, sich an diese Vertrauensmänner zu wenden,

Wir hoffen, die Sammlungen zum Besten unserer Gesellschaft auf diese Weise so bequem als möglich organisirt, und dem Erfolg derselben, so weit es an uns liegt, die Wege geebnet zu haben. Mögen unsere Sammler überall freundliches Gehör und opferfreudige Herzen finden.

Hoffentlich wird sich in Estland, welches ja jetzt auch officiell in den Thätigkeitskreis unserer Gesellschaft einbezogen ist, ein Zweigverein derselben bilden lassen, der die Sammlung von Mitglieds-Beiträgen und etwaigen Schenkungen daselbst in die Hand nimmt und überhaupt die Interessen unserer Gesellschaft und unserer guten Sache in Estland vertritt.

Vermischtes.

— Am 25. September versammelten sich die Mitglieder der St. Petersburger Sanitätscommission, sowie die Duma- und städtischen Sanitätsärzte, welche an der Bekämpfung der Cholera theilgenommen, zu einem gemeinschaftlichen Souper im Aerzteclub.

— Der ausserordentliche Professor der Hospitalklinik in Kasan, Dr. S. W. Lewaschew, ist als ordentlicher Professor bestätigt worden.

— Der Privatdocent der medicinischen Chemie an der militär-medicinischen Akademie Dr. T. I. Bogomolow, hat sich mit Genehmigung der Conferenz der Akademie auch als Docent für innere Medicin habilitirt.

— Im Sserdobski'schen Kreise (Gouv. Ssaratow) ist Dr. A. N. Nikolski an der Cholera erkrankt.

— Verstorben: 1) Am 29. September in Poltawa der pensionirte Militärarzt, wirkl. Staatsrath Dr. Carl Eduard Fehre, im 63. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Livland und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1848—54 studirte. Nach Erlangung des Arztgrades wurde F. Militärarzt und diente als solcher in verschiedenen Reserve-Regimentern bis 1866, in welchem er zum Oberarzt des 35. Brjansk'schen Infanterie-Regiments ernannt wurde. Im Jahre 1880 nahm er seinen Abschied und lebte seit dieser Zeit in Poltawa. 2) Am 25. September in Lenczno (Gouv. Lublin) Dr. I. N. Onanow, dessen Erkrankung an der Cholera wir in der vorigen Nummer meldeten, im Alter von 33 Jahren nach 14tägiger schwerer Krankheit. Der Verstorbene war armenischer Abstammung und in Taganrog geboren. Nachdem er zu Ende der 70er Jahre in St. Petersburg zwei Jahre hindurch Naturwissenschaften studirt, begab er sich nach Paris, wo er sich dem Studium der Medicin widmete, den Doctorgrad erlangte und längere Zeit als Assistent in der Charcot'schen Klinik fungirte. Im Sommer dieses Jahres kam er nach Warschau, um im Herbst das Examen zur Erlangung der venia practicandi in Russland zu machen. Als nun aber die Cholera im Lublinschen Gouvernement ausbrach, zog er sofort in den Flecken Lenczno, wo er in der Bekämpfung der Epidemie rastlos thätig war, bis ihn das tragische, durch Cholerainfection herbeigeführte Ende ereilte. In der Wissenschaft hat sich Onanow durch seine Arbeiten auf dem Gebiet der Nervenkrankheiten bereits einen Namen gemacht. Wir nennen hier seine mit Dr. Blocq gemeinschaftlich herausgegebene «Anleitung zur Diagnostik der Nervenkrankheiten» (in französischer Sprache), ferner seine Arbeiten: «Sur la myopathie progressive»; «Du réflexe bulbo-caverneux»; «Sur la nature des faisceaux neuromusculaires» u. s. w. (Wr.). 3) In Namangan (Ferghana-Gebiet) der dortige Kreisarzt S. P. Podsossow im 31. Lebensjahre an der Cholera. P. ist bereits das vierte Opfer der Cholera aus der Zahl der Aerzte im Turkestanschen Bezirk. (Wr.) 4) Im Sserdobsk'schen Kreise der Student der Kasanschen Universität Perzow, welcher in der dortigen Sanitätsabtheilung thätig war, an der Cholera. 5) Am 21. August im Kubangebiet der dortige Arzt Boris Rochlin im 29. Lebensjahre an Phthisis. Er hat seine Frau mit zwei Kindern ganz mittellos hinterlassen. 6) Der ältere Arzt des 13. Turkestanschen Linienbataillons G. D. Misjukow. 7) In Paris Prof. Villemin, der Begründer der Lehre von der Infectiosität der Tuberculose, im 65. Lebensjahre. 8) Bei London der Arzt und Chemiker Dr. George Dixon Longstaff, welcher der Erste in England war, der Medicinstudirenden Vorträge über Chemie gehalten hat, im 94. Lebensjahre.

— In Kursk ist die Feldscherin der von der Landschaft eingerichteten Cholerabaracke Agrafena Olenkina an der Cholera gestorben.

— Die Aerztin Moljawko-Wyssozkaja, welche im Dienste der Pleskauschen Kreislandschaft steht und einige Kranke eines der Stadt nahegelegenen Dorfes behandelt hat, war an der Cholera erkrankt, ist aber bereits genesen.

— Zum jüngeren Arzt der psychiatrischen Klinik der militär-medicinischen Akademie ist an Stelle des Privatdocenten Dr. Anfimow, welcher zum Professor an der Universität Tomsk ernannt ist, der ältere Ordinator der hiesigen. Irrenanstalt Nicolai Tschudotworez, Dr. Tomaschewski gewählt worden.

— Dem Oberarzt der Moskauer Polizei und Mitgliede der Moskauer Medicinalverwaltung, wirkl. Staatsrath Golubkow, ist Allerhöchst gestattet worden das ihm verliehene Officierskreuz der französischen Ehrenlegion anzunehmen und zu tragen.

— Am 11. October beging die Wiener Universität das Doppel-Jubiläum des genialen Chirurgen Prof. Billroth, welcher vor 25. Jahren seine Lehrthätigkeit an der Wiener Universität begann und vor 40 Jahren das Doctordiplom erwarb. Es fand die solenne Feier unter dem Vorsitz des Rectors Prof. Ludwig in der Aula der Universität statt, wo der nächste College des Jubilars, Prof. Albert, die Festrede hielt, in welcher er die Bedeutung Billroth's als Forscher, Arzt und Lehrer schilderte. Bereits einige Tage früher fand eine intimere Feier in der Klinik Billroth's statt, wo eine grosse Zahl seiner Schüler sich versammelt hatte und Prof. Czerny (Heidelberg) mit einer Ansprache eine Festschrift «Beiträge zur Chirurgie» überreichte, welche auf 600 Seiten wissenschaftliche Arbeiten, von 30 der bedeutendsten, aus der Schule Billroth's hervorgegangenen Chirurgen enthält.

— Am 15. October n. S. erfolgte in der Aula der Berliner Universität die feierliche Inauguration Professor R. Virchow's als Rector. In seiner Rectorsrede, in deren Einleitung der Redner bemerkte, dass er diese Würde erhalten, nachdem er 43 Jahre ordentlicher Professor gewesen, feierte Virchow die akademische Lehr- und Lernfreiheit als das kostbarste Gut der deutschen Universitäten.

— Der bekannte Anatom Prof. Waldeyer in Berlin, beging am 13. September n. St. sein 25jähriges Jubiläum als ordentlicher Professor. Der Berliner Universität gehört W. seit 9 Jahren als Director des I. anatomischen Instituts an, welches er vollkommen reorganisirt hat.

— Der um das Charité-Krankenhaus in Berlin hochverdiente ärztliche Director desselben, Generalarzt I. Classe Dr. Mehlhausen, hat aus Gesundheitsrücksichten sein Amt, welches er 20 Jahre inne gehabt, niedergelegt. Zu seinem Nachfolger ist der Generalarzt II. Classe Dr. Schaper in Braunschweig, Leibarzt des Prinzen Albrecht, ernannt worden.

— Prof. Dr. O. Rosenbach in Breslau hat seine Entlassung als Oberarzt des dortigen Allerheiligen-Hospitals genommen.

— Am 3. October n. St. feierte der frühere Professor für Militär-Sanitätswesen in Wien, Dr. Baron Mundy, seinen 70. Geburtstag. Ursprünglich 12 Jahre hindurch Militär (zuletzt im Hauptmannsrange) nahm er im Jahre 1853 seinen Abschied, und widmete sich im Alter von 31 Jahren dem Studium der Medicin in Würzburg, wo er auch die Doctorwürde erlangte. Nachdem er sich längere Zeit mit der Irrenheilkunde beschäftigt, nahm seine ärztliche Thätigkeit durch den Krieg von 1866 eine andere Richtung — er widmete sich ganz dem Militär-Sanitätswesen und machte sich einen Namen als Vorkämpfer aller Bestrebungen, welche auf die Verbesserung der Kranken- und Verwundetenpflege abzielen. Prof. Mundy ist aber auch in allen grösseren Kriegen der letzten Jahrzehnte thätig gewesen: im Krieg von 1866, denn 1870/71 (als Lazarethleiter in Paris), im serbisch-türkischen Feldzuge, im russisch-türkischen Kriege (als ärztl. Leiter des «Rothen Halbmondes»), schliesslich im serbisch-bulgarischen Kriege.

— Von der Hauptingenieur-Verwaltung ist der russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit die Michail-Manège für die im Mai 1893 hierselbst zu eröffnende allrussische hygienische Ausstellung auf 2½ Monate zur Verfügung gestellt worden. Falls der grosse Raum der Manège zur Placirung der Ausstellungsgegenstände nicht hinreichen sollte, so werden auf dem Hofe der Manège Pavillons erbaut werden. Die Ausstellung zerfällt in 5 Sec-

tionen mit vielen Unterabtheilungen. Präsident des Ausstellungsbüreaus ist Dr. A. L. Ebermann, Secretär Dr. W. P. Werekundow.

— Zu Anfang des December-Monats vollenden sich 25 Jahre seit der Bestätigung der Statuten des städtischen Roshdestwenski-Barackenlazareths zum Andenken an die Kaiserin Maria Alexandrowna. Die Reorganisation desselben aus dem früheren städtschen Roshdestwenski-Hospital und die Erbauung der Baracken erfolgte i. J. 1871, wo der noch gegenwärtig fungirende Director und Oberarzt Dr. J. Bertenson die Leitung desselben übernahm.

— Der von uns bereits gemeldete Aufschub der Schlussexamina für die Medicinstudirenden bis zum 7. Januar 1893 ist in Folge der von einigen Gouvernements-Chefs beim Ministerium eingelaufenen diesbezüglichen Gesuche geschehen, und zwar im Hinblick darauf, dass die Studirenden der Medicin etwa die Hälfte des ärztlichen Personals bilden, das den Kampf mit der Cholera erfolgreich aufgenommen hat, und dass die Epidemie, obgleich sie schwächer geworden ist, doch noch immer in vielen Orten Massnahmen zu ihrer Unterdrückung erforderlich macht.

— Die Zahl der Apotheken in St. Petersburg ist, ungeachtet der Zunahme der Bevölkerung, seit 1884 unverändert geblieben — nämlich 61 Apotheken mit 3 Filialen. ausserdem die Apotheke des Findelhauses und 2 Homöopatische Apotheken. Dagegen wächst die Zahl der Apotheker-Magazine und Droguenhandlungen mit jedem Jahre. Die Durchschnittszahl der Recepte, welche in den letzten Jahren in allen Apotheken St. Petersburgs angefertigt wurden, beträgt 1,700,000 pro Jahr.

— Die Choleraepidemie in Russland hat in der letzten Zeit so bedeutend nachgelassen, dass, wie officiell bekannt gemacht wird, die Berichte über den Stand der Choleraepidemie im Reiche vom 1. October ab, nur ein Mal wöchentlich veröffentlicht werden sollen und nur von einer etwaigen Zunahme der Epidemie oder dem Auftreten derselben in neuen Ortschaften besonders Mittheilung gemacht werden wird.

In St. Petersburg schwankt die Zahl der Erkrankungen an der Cholera in den letzten Tagen zwischen 13 und 17, die der Todesfälle zwischen 3 und 6. Zum 7. October verblieben in den hiesigen Hospitälern im Ganzen 84 Cholerakranken. Nach den officiellen Bülletins betrug die Gesammtzahl der Cholerakranken in St. Petersburg bis zum 7. October Mittags 4004, die der Genesenen 2768 und der Verstorbenen 1199.

— In Riga betrug der Bestand der Cholerakranken am 2. October 14. Es erkrankten neu 2 Personen und genas 1, so dass 15 Kranke in Behandlung verblieben.

In Hamburg ist die Epidemie im Erlöschen begriffen. Am 8. October soll kein Todesfall vorgekommen sein. Aus Berlin werden keine Erkrankungen gemeldet.

Die letzten Nachrichten über den Stand der Cholera in Ungarn und Galizien lauten wesentlich günstiger. In Budapest, wo früher 30—50 Cholerafälle mit 10—17 Todesfällen vorkamen, hat die Zahl der Cholererkrankungen in der letzten Zeit 20—29 nicht überschritten.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 27. September d. J. 5261 (32 weniger als in der Vorwoche) darunter 232 Typhus — (14 weniger), 584 Syphilis — (21 mehr), 22 Scharlach — (wie in der Vorwoche), 7 Diphtherie — (2 weniger), 25 Masern — (1 mehr), 6 Pocken — (wie in der Vorwoche) und 103 Pockenkranke (39 weniger).

Vacanzen.

1) Von der Duchowschtschinaschen Landschaft (Gouv. Ssaratow) wird ein Arzt, der bereits bei einer Landschaft gedient hat, zur Leitung des Landschaftshospitals im Kreise gesucht. Gehalt 1000 Rbl. nebst freiem Quartier und Progongeldern für 3 Pferde bei Abcommandirungen. Adresse: «Духовщинская Земская Управа».

2) Im Kreise Galitsch (Gouv. Kostroma) ist eine Landschaftsarztsselle erledigt. Gehalt 1000 Rbl. und Quartier in der Stadt Galitsch. Der Arzt ist verpflichtet ein Mal im Monat die 6 Feldscherpunkte in seinem Rayon zu besuchen. Die Meldung geschieht unter Beifügung der Documente bei der «Галичская Земская Управа».

3) Es wird von dem Kreislandschafsamte in Bogorodsk (Gouv. Moskau) ein Assistenzarzt für eine der Heilanstalten des Kreises gesucht. Derselbe ist verpflichtet, bei Beurlaubung eines der Landschaftsärzte dieselben zu vertreten. Gehalt 600 Rbl. jährlich bei freier Wohnung mit Beheizung und Beleuchtung. Die Meldung geschieht bei der «Богородская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 27. September bis 3. October 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr	Unbekannt.
254	191	445	89	35	53	2	4	18	46	57	36	32	40	21	9	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 4, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 5, Scharlach 3, Diphtherie 2, Croup 3, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 9, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 27, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 78, Tuberculose anderer Organe 4, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 33, Marasmus senilis 27, Krankheiten des Verdauungscanals 48, Todtgeborene 27.

An die Redaction eingesandte Bücher und Brochüren.

J. Eisenberg. Hygiene d. Schwangerschaft. Wien, Jos. Safár, 1892.

Schmölder. Die Bestrafung und polizeiliche Behandlung der gewerbsmässigen Unzucht. Düsseldorf, L. Voss u. Co., 1892.

A. Pollatschek. D. therapeut. Leistungen des Jahres 1891. III. Jahrgang. Wiesbaden, Bergmann, 1892.

Ebstein. Ueber die Lebensweise der Zuckerkranken. Wiesbaden Bergmann, 1892.

G. Naumann. Ueber den Kropf. Uebers. von O. Reyher. Lund Hjalmar Möller, 1892.

J. Disse. Grundriss der Gewebelehre. Stuttgart, F. Enke, 1892.

N. Filatow. Semiotik und Diagnostik der Kinderkrankheiten. Deutsch von A. Hippius. Stuttgart, F. Enke, 1892.

J. Müller. Ueber Gamophagie, Ibidem.

A. Haupt. Soden am Taunus. II. Aufl. Würzburg. A. Stuber.

S. Guttmann. Jahrbuch der prakt. Med. Jahrgang 1892. Stuttgart, F. Enke.

Бобровъ. Подкожные разрывы почки. Sep. Abdr.

G. de Ruyter und E. Kirchhoff. Compendium der allgem. Chirurgie. Berlin, Karger, 1892.

J. v. Kennel. Die Ableitung der Vertebratenaugen von den Augen der Anneliden. Dorpat. 1892.

Die seit dem 30. April 1891 erschienenen Dorpater medic. Doctordissertationen.

C. E. Sajous. Annual of the universal medical sciences Philadelphia 1892. 5 Bände.

Ad. Lesser. Atlas der gerichtl. Medicin. II. Abth. VI. Lief. Breslau, Schottländer, 1892.

Протоколъ годичн. засѣд. Кавказск. мед. общ. 1892.

Odczyty kliniczne wydawane przez Redakcyje Gazety lekarskiej. № 42 i 43.

H. Schmidkunz. Der Hypnotismus. Stuttgart, A. Zimmer, 1892.

Bibliographie der kl n. Helminthologie. Heft 3 u. 4. München, Lehmann, 1892.

H. Keller. Das Soolbad Rheinfelden, 1892.

F. Martius und J. Lüttke. Die Magensäure des Menschen. Stuttgart, Enke, 1892.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 13. October.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 19. October.

Дозв. ценз. Спб. 10 Октября 1892 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 42 St. Petersburg, 17. (29). October **1892**

Ueber Bradykardie.

Correferat, erstattet auf dem Livl. Aerztetag in Wenden am 14. September 1892.

Von

Dr. Hampeln.

M. H.! Die Aufgabe meines Correferats glaube ich so auffassen zu sollen, dass ausser der eben von Professor Dehio behandelten Reconvalescentenform der Bradykardie nun auch die übrigen zu erörtern wären.

Als solche kommen denn in Betracht die im Puerperium und im Verlauf verschiedener Organerkrankungen auftretenden Bradykardien, ihre toxischen Formen, die Bradykardie als Herzneurose und endlich die wichtigste Form, die Bradykardie der Herzkranken.

Der Reconvalescenten-Bradykardie am nächsten steht die puerperale Form. Hier wie dort folgt auf eine Periode erregter Herzaction nach Ueberwindung der Krankheit resp. nach Beendung der Geburt ein Stadium ruhigerer Herzthätigkeit. Die Frequenz des Pulses sinkt, häufig brechen Schweisse aus. Aus der auffallenden Analogie der Erscheinung in beiden Fällen und in Anbetracht fehlender directer Beweismittel im Sinne eines bestimmten Causalnexus erscheint der Wahrscheinlichkeitsschluss gestaltet, dass beiden derselbe Entstehungsmodus zu Grunde liege und es sich, wie Traube meint, wesentlich dabei um ein Ermüdungszeichen, oder nach Schroeders Auffassung um compensatorisch reducirte Herzthätigkeit, gewissermassen um Erholung handelt.

Demgemäss hätten wir hier weder Vagusreizung noch Reizung des Depressor anzunehmen, sondern eine zweckmässige, den veränderten Verhältnissen sich anpassende, physiologische Thätigkeit des kardialen motorischen Centrums.

Bei solcher Stellung dürfen wir die Bradykardie der Reconvalescenten und des Puerperiums als physiologische erste Hauptgruppe zusammenfassen.

Ihr gegenüber stellen wir dann als zweite Hauptgruppe die pathologische Bradykardie. Innerhalb dieser unterscheiden wir, dem Beispiel Traffet's folgend, zweckmässig zwei Formen, nämlich erstens die vorübergehende, passante und zweitens die dauernde, constante Form. Letztere als praktisch wichtigste wird uns am meisten beschäftigen. An sie denken wir auch in der Regel zuerst, wenn von Bradykardie im Allgemeinen die Rede ist.

Die erste, passante Form, bei der wir nur kurz verweilen wollen, begegnet uns als nicht seltene Erscheinung im Verlaufe verschiedener acuter und chronischer, Allgemein- und Organerkrankungen. Ich erinnere an die Bradykardie während der Fieberperiode des Typhus abdominalis, bei der tuberculösen Meningitis, als Symptom der Gehirn- und Rückenmarkserkrankungen überhaupt, an ihr gelegentliches Auftreten bei Magen- und Darmkrankheiten, Helminthiasis etc. Hierher gehören auch die toxischen Formen der Bradykardie infolge einer Einwirkung der Digitalis und verwandter Species, nach starkem Alkohol- oder Tabakgenuss, bei Ikterus und Uraemie, endlich auch die Bradykardie als Folge mechanischer Reizung peripherer Nerven.

Während der ersten Hauptgruppe gegenüber die Annahme einer blos ausgleichenden, physiologischen Herzaction als Ursache der Bradykardie begründet erscheint, sprechen hier alle Zeichen und das Experiment, so weit es angängig ist, für Reizung der Hemmungsnerven resp. des Depressor als wesentliches pathogenetisches Moment, und zugleich grundverschieden von dem die erste Hauptgruppe beherrschenden.

Die Hauptform der zweiten, pathologischen Gruppe bildet aber die erwähnte, constante Bradykardie, der als einem wesentlichen Merkmal gewisser gleich näher zu betrachtender, materieller Herzerkrankungen die grösste Bedeutung zukommt. Doch sei zuvor einer Art der Bradykardie gedacht, die eine vermittelnde Stellung einnimmt, ich meine die Bradykardie als functionelle Herzneurose.

Man beobachtet nämlich zuweilen, und auch mir hat sich dazu die Gelegenheit geboten, bei scheinbar gesunden Individuen, Männern und Frauen, meist in jugendlichem

Alter, trotzdem jedes Zeichen einer Allgemein- oder Organerkrankung fehlt, dieses auch mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, einen auffallend langsamen, 40—50 in der Minute zählenden Puls. Diese Bradykardie wird von Einigen als physiologische, individuelle Eigenthümlichkeit aufgefasst; dem kann ich nicht beistimmen. Es lässt sich freilich keine bestimmte Zahl von Herzschlägen als feste Norm hinstellen, sondern werden Schwankungen im Sinne der Vermehrung oder Verminderung immer noch als physiologische gelten dürfen, aber doch nur bis zu gewissen, erfahrungsgemäss gewonnenen Grenzen. Diese scheinen nun durch eine Frequenz von 40—50 in der Min. nach der Seite der Verlangsamung überschritten. So starke Abweichungen von der Norm gestatten sich die Organe nicht, ohne erfahrungsgemäss in das Gebiet des Krankhaften zu fallen. Darum handelt es sich, meine ich, auch in diesen Fällen und zwar um die Bradykardie als functioneller Herzneurose, die wie jede Neurose isolirt oder als Theilerscheinung allgemeiner Neurosen, schliesslich ja auch als familiäre auftreten kann. Sie bildet, wenigstens nach der symptomatischen Seite ein Gegenstück der nervösen, habituellen Tachykardie und liegt ihr wahrscheinlich ein verminderter Reizzustand des motorischen cardialen Centrums zu Grunde.

Wir gehen nun endlich zur Hauptform der pathologischen Bradykardie über, zur Bradykardie der Herzkranken. Wie bereits bemerkt, handelt es sich hier um eine verhältnissmässig häufige Erscheinung, die sich erstens ihrer Constanz nach durch einen besonders starken Entwickelungsgrad auszeichnet. Denn hier gerade werden die geringsten Pulszahlen beobachtet, mit denen nur noch die toxischen Pulse concurriren können, 20 und noch weniger, bis 8 in der Min. Dazu gesellen sich zuweilen schwere Zufälle, insbesondere epileptiforme Anfälle. Im Ganzen kommt dieser Bradykardieform die Bedeutung eines ernsten, auf eine lebensgefährliche Herzerkrankung weisenden Zeichens zu. Doch giebt es, wenn auch selten, Fälle, wie in einem meiner Beobachtung, in denen trotz auffallend geringer Pulsfrequenz, (einige 20 Schläge in der Min.) gleichwohl viele Jahre ein fast völlig ungestörtes, gutes Allgemeinbefinden besteht, was um so auffälliger ist, als, wie wir gleich sehen werden, die Circulation des Blutes hier in einer von der Norm sehr abweichenden Art regulirt werden muss. Es scheint, als ob gerade Fälle dieser Art zur irrthümlichen Annahme einer physiologischen Bradykardie verleitet hätten, während sie doch nur beweisen, dass ein negativer pathologischer Befund, namentlich auch in Bezug auf das Herz noch lange nicht Gesundheit bedeutet. Können doch gerade einige der schwersten Herzerkrankungen lange Zeit symptomenlos verlaufen. In der Regel spricht denn auch eine stärker ausgeprägte, constante Bradykardie auch bei sonst negativem Localbefunde für ein Herzleiden und zwar ernster Natur.

Wesentlich in Betracht kommen hierbei folgende Herzerkrankungen: 1) Klappenfehler, besonders Stenose des Aortenostiums; 2) Sklerose der Coronararterie und endlich 3) die schwielige Myokarditis und fettige Herzdegeneration.

Bei der Beziehung der Bradykardie zu so verschiedenartigen Herzerkrankungen, einmal zu Circulationshindernissen, das andere Mal zu materiellen Veränderungen der Herzsubstanz, erscheint von vornherein das Bestehen eines je nachdem verschiedenen Causelnexus wahrscheinlich. Und in der That, Erfahrung und Ueberlegung sprechen dafür, dass z. B. bei Stenose des Aortenostiums, wo es also die Ueberwindung eines peripheren Hindernisses gilt, die Bradykardie von rein functionell-compensatorischer Bedeutung ist. Das Herz contrahirt sich langsam und selten, weil es so am zweckmässigsten und mit ganzem Erfolge zugleich mit geringstem Aufwand von Kraft das Hinderniss zu überwinden vermag. Raschere Contractionen würden entweder die Ventrikel nicht zu entleeren im Stande sein oder, um das doch trotz der engen Ausflussöffnung zu bewirken, ein Uebermass von Anstrengung erfordern. Die langsame Contraction garantirt den vollen Erfolg bei geringster Anstrengung.

Aber auch bei Erkrankung des Herzmuskels selbst halte ich, wenigstens in einigen Fällen, den gleichen Zusammenhang für wesentlich, denn auch hier wird die Bradykardie mitunter als Ausdruck dafür angesehen werden dürfen, dass die erhaltenen, functionstüchtigen Muskelelemente, für die Leistung des ganzen Herzens relativ zu schwach, nur durch seltene Contractionen das vermehrte Arbeitsmass zu leisten vermögen. Gerade wie wir bei willkürlicher Ueberwindung übergrosser Lasten sofort ein langsames Tempo einschlagen.

Anders liegt meines Erachtens die Sache bei der Hauptform der Bradykardie im Verlaufe der Coronarsklerose. Hier scheint die Bradykardie durch materielle Veränderungen der Herzsubstanz bedingt zu sein. Das Herz hat seine Fähigkeit rascherer, regulirbarer Contractionen überhaupt eingebüsst, vegetirt gewissermaassen, wofür die Constanz der Erscheinung und ihre Resistenz gegen alle beschleunigenden Einwirkungen spricht.

Gerade diese Form der Bradykardie ist eine so häufige, ihr Verhältniss zur Coronarsklerose ein so gewöhnliches, dass man in der Regel mit der Diagnose letzterer Erkrankung auf Grund der Bradykardie nicht fehlen wird, während sie, wenigstens in meinen Beobachtungsfällen, nur selten zu anderen Herzerkrankungen hinzutritt. Klinisch-diagnostisch erscheint sie von um so grösserem Werth, als es sich dabei oft wirklich um das einzige auffällige Symptom der Coronarsklerose handelt und der Befund im Uebrigen ein normaler sein kann. Doch hat umgekehrt die Coronarsklerose nicht immer eine Bradykardie zur Folge, sondern besteht oft bei ganz normaler Herzfrequenz. Dabei gleichen sich die Beziehungen der Bradykardie völlig mit denen der Angina pectoris zur Coronarsklerose, welches ein ebenso wichtiges Merkmal dieser Erkrankung bedeutet, aber dennoch oft, trotz hochgradiger Sklerose, vermisst wird.

Hiermit sind die verschiedenen Arten der Bradykardie, so viele ihrer bisher bekannt, berücksichtigt, doch möchte ich mir erlauben, sie nach einer allen Arten gemeinsamen Seite hin noch kurz in Betracht zu ziehen.

Welche besondere Veranlassung nämlich im concreten Falle einer Bradykardie auch vorliegen mag, Ermüdung oder Intoxication, eine Neurose oder Herzsklerose oder welche Ursache sonst, in jedem Falle muss, auch bei ungehinderter Cirkulation und ganz allein infolge der verlangsamten Herzthätigkeit das Herz eine erhebliche Dilatation erfahren. Das erscheint physikalisch nothwendig. Die fehlenden Circulationsstörungen beweisen die normale, von Liebermeister treffend so genannte allgemeine Circulationsgrösse, d. h., in einer Secunde strömt durch jeden Gesammtquerschnitt des Gefässapparats die gleiche Blutmenge, c. 100 Cc. denn, wäre das nicht der Fall, sondern wäre in Folge der Bradykardie die allgemeine Circulationsgrösse verringert, so müssten, bei unveränderter Blutmenge, nothwendig die gewöhnlichen Erscheinungen der Circulationsstörung, Oedeme und Dyspnoe, eintreten. Aus ihrer Abwesenheit darf mithin auf einen normalen Werth der Circulationsgrösse in diesen Fällen, trotz der Bradykardie, geschlossen werden.

Damit aber in jeder Sec. c. 100 Cc., in jeder Min. also c. 6 Liter Blut jeden Gesammtquerschnitt passiren, muss selbstverständlich auch die gleiche Menge von jedem Herzventrikel in einer Min. bewältigt worden sein. Das bedeutet bei einer normalen Pulszahl von c. 70 in der Min. für jede Systole resp. Diastole die Bewältigung von 85 Cc. Blut. Unter gewöhnlichen Verhältnissen beträgt also die Capacität eines Ventrikels ebenso viel=85 Cc.

Finden nun, wie nicht selten bei der Bradykardie, in einer Min. nur 35 oder gar 20 Systolen statt, so muss der Herzventrikel, um dennoch das gleiche Blutquantum, also c. 6 Liter in einer Min. zu befördern, nothwendig mit jeder Diastole ein vielfaches des normalen Quantums aufnehmen und bergen, in unserem Beispiel also 170 resp. 300 Cc. statt 85 Cc. Mit anderen Worten heisst das aber, dass die Bradykardie in jedem Falle eine je nachdem geringere oder hochgradige Dilatation des Herzens und zwar beider Ventrikel nothwendig zur Folge hat. Ob die concreten Verhältnisse nun auch wirklich mit den theoretischen Deductionen stimmen, das vermag ich weder auf Grund eigener noch fremder Beobachtungen zu sagen. Es fehlt an Untersuchungen darüber, auf die kurz hinzuweisen ich mir an dieser Stelle erlauben wollte.

Was die Therapie der Bradykardie betrifft, so handelt es sich dabei meist um Anwendung von Excitantien, die sich übrigens mehr gegen die Herzschwäche als gegen die Bradykardie richten. Dass es aber möglich ist, auch die Bradykardie direct anzugreifen, lehren die Untersuchungen Dehio's über die Anwendung des Atropins. Praktische Verwendung haben jedoch bisher nur die Reizmittel gefunden. In der Regel entsprechen die Resultate mit ihnen nicht unseren Erwartungen. Doch lehrte mich ein Fall von Bradykardie bei Aortenklappeninsufficienz, dass die Digitalis mitunter von vorzüglicher Wirkung sein kann. Es bestanden allgemeine Oedeme und überhaupt die subjectiven und objectiven Zeichen hochgradiger Herzinsufficienz bei einem Pulse von constant 40 in der Min. Nach vergeblichen Versuchen mit den üblichen Reizmitteln griff ich endlich zur Digitalis und zum Coffein und erlebte alsbald nicht nur ein Schwinden sämmtlicher Stauungssymptome für längere Zeit, sondern auch eine scheinbar paradoxe Beschleunigung des Pulses von 40 auf 60 in der Minute.

Es erscheint klar, dass in diesem Falle die tonisirende Digitaliswirkung überwog. Sobald kräftigere Herzcontractionen unter ihrem Einfluss erfolgten, ein rascherer Blutstrom den Herzmuskel durchströmte und seine bessere Ernährung veranlasste, gewann er auch seine Fähigkeit zu rascherer Bewegung zurück. Umgekehrt darf, meine ich, daraus auf Herzschwäche resp. Herzdegeneration als Ursache der Bradykardie dieses Falles geschlossen werden, eine Annahme, die nach einigen Monaten durch die Section ihre Bestätigung erfuhr. Patient erlag seinem Leiden, einer complicirenden Pleuritis noch bei gutem Befinden, im plötzlichen Anfall. Die Section ergab ausser der Aortenklappeninsufficienz rheumatischen Ursprungs und geringfügiger Herdsklerose der Coronaria wesentlich Verfettung der Herzmuskulatur.

Recapituliren wir kurz das ganze Capitel der Bradykardie, so sind zwei Hauptgruppen zu unterscheiden: die physiologische und pathologische Form.

Erstere ist sowohl in der Reconvalescenten — als puerperalen Bradykardie repräsentirt.

In der zweiten Gruppe unterscheiden wir: 1) die symptomatische und sympathische als Verlaufserscheinung verschiedener Organ- und Allgemeinerkrankungen; 2) die toxische, insbesondere die cholämische und urämische Form. Beiden liegt meist directe oder reflectorische Reizung der Hemmungsfasern des Vagus zu Grunde. 3) Die Bradykardie als primäre, centrale Herzneurose und endlich 4) die wichtigste Form, die Bradykardie als Zeichen einer Herzerkrankung, also ihre kardiale Form, vor Allem bei der Coronarsklerose, seltener bei Herzverfettung und Stenose der Ostien des linken Ventrikels. Hierbei handelt es sich entweder um eine compensirende, vom Bewegungscentrum des Herzens selbständig intendirte Bewegungsänderung (bei Klappenfehlern und in einigen Fällen von Herzdegeneration) oder wahrscheinlich um materielle Veränderungen eben dieses Centrums und Beraubung seiner Fähigkeit zu rascherer Bewegung.

Referate.

Th. Weyl: Können Cholera, Typhus und Milzbrand durch Bier übertragen werden? (Deutsche medicin. Wochenschrift Nr. 37).

Die Frage, ob Cholera, Typhus und Milzbrand durch das Bier verbreitet werden können liegt sehr nahe, wenn man bedenkt, dass Bier mehr als 90 pCt Wasser enthält, und dass gewisse Biersorten häufig durch Zusatz von Wasser zur vergohrenen Bierwürze dargestellt werden. Es war somit äusserst wichtig festzustellen, ob die Keime der oben genannten Infectionskrankheiten, wenn sie in das Bier gelangen, absterben, oder in diesem Medium weiter gedeihen. Zur Erkennung der Choleravibrionen wurde ausser dem Culturverfahren die sog. Cholerareaction angestellt. Dieselbe beruht nach Salkowski auf der gleichzeitigen Entstehung von Indol und salpetrigsaurem Salz in den Culturen des Kommabacillus. Fügt man also zu der Cultur verdünnte — am besten 20 pCtige Schwefelsäure hinzu, so entsteht eine rothe Lösung. Verf. hat sich zunächst überzeugt, dass jede Cholerabacillencultur nach 24—48stündigem Wachsthum die erwähnte Reaction giebt, sobald die benutzte Bacillencultur den richtigen Grad von Alkalescenz besitzt. Aus dieser Beobachtung folgt die Regel, dass man verdächtige Colonien nur mit Hilfe solcher Bouillon auf den Eintritt der Cholerareaction prüfen darf, in welcher eine unzweifelhafte Reincultur der Kommabacillen in einem Vorversuche die betreffende Reaction auftreten liess. Wird diese Vorsichtsmassregel beachtet, so ist die Cholerareaction das sicherste Kennzeichen der Kommabacillen.

Verf. hat nun Versuche mit Weissbier und mit billigen in Berlin gebrauten Bieren angestellt. Die Resultate waren folgende: 1) Es ist wenig wahrscheinlich, dass die Cholera durch Bier übertragen werden kann, wenn die Kommabacillen längere Zeit mit dem Bier in Berührung gewesen sind. Nach 24stündigem Verweilen im Bier sind dieselben sicher abgestorben. Aus diesem Grunde sollten Bierseidel in Cholerazeiten nur mit sterilisirtem Wasser, also mit gekochtem oder mit heissem Wasser gereinigt werden. 2) Der hauptsächliche Grund, weshalb die Bacillen im Bier schnell absterben, ist die saure Reaction des Bieres. Die Versuche zeigten jedoch, dass die Vibrionen auch im alkalischen Biere nach einiger Zeit abgetödtet werden; es müssen also in demselben choleratödtende Stoffe enthalten sein. Vielleicht sind das Substanzen, die aus dem Hopfen stammen. Versuche mit Typhus und Milzbrandbacillen sind in der Arbeit nicht angeführt.

Abelmann.

R. Stern: Ueber Immunität gegen Abdominaltyphus. (Deutsche medic. Wochenschr. Nr. 37).

Bekanntlich haben G. und F. Klemperer, von der Voraussetzung ausgehend, dass der menschliche Organismus im Moment der Krise immun gegen die Pneumokokken-Infection sein müsse, das recht bemerkenswerthe Resultat gefunden, dass das Blutserum der Pneumoniker nach der Krise die Eigenschaft besitzt, die Pneumokokken-Krankheit des Kaninchens zu heilen, resp. diesem Thier Immunität gegen dieselbe zu verleihen. Verf. unternahm es nun zu untersuchen ob dieselben Folgerungen auch für den Abdominaltyphus gelten. Er untersuchte das Blut in sieben Fällen nach überstandenem Unterleibstyphus, dasselbe wurde entweder durch Venaesection oder durch blutige Schröpfköpfe erhalten. Zunächst sollte entschieden werden, ob im Blute des Menschen nach überstandenem Abdominaltyphus eine erhöhte bakterientödtende Kraft gegenüber dem Typhusbacillus nachweisbar sei. Die zu untersuchende Flüssigkeit wurde in Portionen zu 8 Tropfen mittelst steriler Pipette in sterile Reagensgläser eingefüllt, und jede Portion mit einer Platinöse einer Typhusbacillen-Aufschwemmung geimpft. Die gleiche Menge der Aufschwemmung wurde in zwei Röhrchen mit verflüssigtem Agar-Agar gebracht und letztere zu Platten ausgegossen. Es ergab sich, dass das Blut von 5 kurz nach dem Ablauf des Typhus untersuchten Personen nicht nur keine gesteigerte, sondern in der Mehrzahl der Fälle sogar eine auffallend geringe bakterientödtende Wirkung gegenüber dem Typhusbacillus hatte; in einem Falle liess sich eine solche überhaupt nicht nachweisen. Dagegen hatte das Blutserum eines Patienten, welcher vor 17½ Jahren Typhus überstanden hatte, sehr starke bakterientödtende Kraft. Als zweite Frage suchte Stern zu lösen, ob dieses Blut die Eigenschaft besitzt auf die bei Thieren durch den Typhusbacillus verursachte Krankheit heilend einzuwirken. Es ergab sich, dass unter 6 kurze Zeit nach dem letzten Fiebertage untersuchten Typhusreconvalescenten bei vier derselben das Blut im Stande war Mäuse vor der Wirkung der Typhusculturen zu schützen; in einem zweiten Falle wurde der Tod der Versuchsthiere merklich verzögert. In dem sechsten Falle und ebenso bei dem 17½ Jahre nach überstandener Krankheit untersuchten Patienten war eine derartige Wirkung des Blutes nicht nachweisbar

Um weiter die Frage zu entscheiden, ob das Blut die vom Typhusbacillus producirten Gifte unschädlich machen kann, stellte Verf. concentrirte keimfreie Giftlösungen her. Wurden nun Mischungen des Serums der erwähnten 3 Typhusreconvalescenten mit steriler Giftlösung (im Verhältnisse 1 : 1 oder 2 : 1) den Versuchsthieren injicirt, so vertrugen diese eine der letalen Dosis entsprechende Menge unter nur leichten und rasch vorübergehenden Krankheitserscheinungen, während das Serum mehrerer Controllpersonen eine derartige schützende Wirkung durchaus vermissen liess. Verf. glaubt, dass man auf Grund seiner Versuche, beim Typhus die Transfusion des Blutes von Menschen, welche die Krankheit überstanden haben, wohl mit Nutzen ausführen dürfte; allerdings würde es zunächst immer nothwendig sein, sich vorher durch Thierexperimente von der Wirksamkeit des zu transfundirenden Blutes zu überzeugen. Abelmann.

I. Heddaeus: Zur sogenannten Thränensack-Blennorrhoe der Neugeborenen. (Klin. Monatsblatt für Augenh. 1892. März).

L. Weiss: Zur Behandlung der Erkrankungen der Thränenwege bei Neugeborenen. (Ibid. Juli).

O. Lange: Zur Casuistik der Thränenschlaucheiterung bei Neugeborenen. (Ibid. September).

Im Novemberheft des vorigen Jahrganges der klinischen Monatsblätter hatte Peters eine Arbeit veröffentlicht, in welcher er gestützt auf eine Reihe von Fällen behauptete, die sogenannte Thränensack-Blennorrhoe der Neugeborenen beruhe bisweilen lediglich auf einer Retention des normalen Secretes im Thränensack, infolge angeborener Atresie des unteren Sacks des Thränenschlauches; dementsprechend erforderte dieses Leiden bei Neugeborenen oft keine andere Behandlung, als Reinigung des Conjunctivalsackes und Ausdrücken des im Thränensack stagnirenden Secretes; bei letzterer Manipulation sollte die membranöse Atresie dem Drucke nachgeben und die Passage nach der Nase hin frei werden. (Siehe Referat in Nr. 51 des vorigen Jahrganges dieser Wochenschrift).

Heddaeus schliesst sich nun auf Grund eigener Beobachtungen dieser Anschauung an und giebt zugleich ein differentialdiagnostisches Zeichen zur Unterscheidung des in Rede stehenden Zustandes von der wahren Blennorrhoe des Thränensackes: Bei der Atresie des Thränenschlauches ist die Conjunctiva normal und das stagnirende und in den Conjunctivalsack gelangende Secret ist ein physiologisches; im Schlafe sistirt die normale Absonderung der Thränensackschleimhaut ebenso wie diejenige der Nasenschleimhaut.

Wird also das Auge vor dem Schlafe sorgfältig gereinigt, so wird auch beim Erwachen kein Secret gefunden. Umgekehrt verhält es sich bei der wahren Blennorrhoe des Thränensackes, bei welcher ein pathologisches Secret geliefert wird und die Conjunctiva stets catarrhalisch afficirt ist; hier sammelt sich das Secret hernach während des Schlafes besonders reichlich an.

Ferner empfiehlt H. bei Atresie des Thränenschlauches, wenn sie durch Expression nicht zu sprengen ist, die Mündung des Thränennasenganges von der Nase aus zu sondiren.

Weiss kann nach seinen Erfahrungen das von den genannten Autoren Gesagte nicht bestätigen. Ohne die Möglichkeit in Abrede zu stellen, dass man in manchen Fällen mit einfacher Expression auskommt, meint W. doch in der Regel die Sondirung nicht entbehren zu können, dieselbe führte in mehreren hier mitgetheilten Fällen schnell zu dauernder Heilung. Ist nach wiederholtem Ausdrücken das Ziel nicht erreicht, so greife man ohne Zögern zur Sonde. W. giebt den dickeren Sonden den Vorzug vor den ganz dünnen. Die Sondirung von der Nase aus dürfte in praxi sehr schwierig werden.

Der von Lange mitgetheilte Fall spricht sehr entschieden zu Gunsten der Anschauung von Peters und Heddaeus: Bei einem Neugeborenen fand sich Erweiterung des einen Thränensackes mit spärlichem Secret im Conjunctivalsack. Druck auf die Thränensackgegend entleerte eine eitrige Flüssigkeit aus dem entsprechenden Nasenloch, und damit trat dauernde Heilung ein. Blessig.

Leo Bertensohn: Zur Statistik und Aetiologie des Scorbuts. (Deutsches Arch. für klin. Medic. Bd. XLIX. 1892. September).

Unter Zugrundelegung eines sehr reichen Materials, das aus der im Jahre 1889 im Nikolai-Militärhospital zu St. Petersburg beobachteten Scorbutepidemie stammt, hat der hochgeschätzte Verf. in der vorliegenden Monographie die zahlreichen bis jetzt veröffentlichten Angaben über das Wesen des Scorbuts kritisch gesichtet, dabei seinen eigenen Anschauungen in klarer und überzeugender Weise Ausdruck gegeben. Das Material — 225 Scorbutkranke ist vom Verf. vielseitig bearbeitet worden; die sich daran knüpfenden Betrachtungen sind äussert werthvoll. 149 Kranke kamen mit Scorbut in das Hospital, 76 wurden im Spital angesteckt. Unter letzteren befanden sich hauptsächlich Typhus-Kranke, Tuberculöse, Patienten mit Magendarmkatarrhen. Auf alle diese Leiden hatte der Scorbut eine entschieden ungünstige Einwirkung. Dabei wurden durchaus nicht nur besonders elende Patienten betroffen, — im Gegentheil blieben solche oft verschont. Im Ganzen war die Epidemie eine gutartige. 125 Fälle konnten als leichte bezeichnet werden: Anaemia scorbutica, oberflächliche Sugillationen, geringe Erkrankungen des Zahnfleisches; 48 als mittelschwere: Muskelinfiltrate. 52 als schwere: schwere Erkrankungen der Schleim- und serösen Häute, Höhlenblutungen. Durch besondere Langwierigkeit zeichneten sich die Fälle mit Ergriffensein der Gelenke aus. Nur 3 Kranke starben an Scorbut ohne gleichzeitiges Bestehen einer anderen Krankheit, bei 2 derselben fand sich bei der Section eine haemorrhagische Pericarditis.

Was die Aetiologie anlangt, so spricht Verf. seine Meinung dahin aus, dass der Scorbut unbedingt zu den contagiösen Infectionskrankheiten gezählt werden müsse, dabei spricht er den Ernährungs- und Wohnungsverhältnissen eine gewisse Bedeutung nicht ab. Eine Ernährungsstörung resp. ein Mangel an diesem oder jenem Nahrungsbestandtheil sei nicht im Stande Scorbut hervorzurufen, auch sei sie keine absolut nothwendige Vorbedingung zur Entwickelung der Krankheit, wohl aber könne sie in einzelnen Fällen als prädisponirendes Moment eine wichtige Rolle spielen.

Die mehrfach empfohlene absolute Milchdiät bewährte sich nicht, dagegen ist Milch neben guter anderer Kost entschieden vortheilhaft. Specifische Mittel gegen die Erkrankung sind bis jetzt nicht vorhanden. Einer Besserung der äusseren Verhältnisse und einer Verhütung jeder Ansteckung ist grössere Sorgfalt zuzuwenden, als bisher. Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Adolf Lesser: Atlas der gerichtlichen Medicin. 2. Abth. Lieferung 6. Breslau 1892. Verlag der Schlesischen Buchdruck., Kunst- und Verlagsanstalt vormals S. Schottländer.

Die vorliegende Lieferung bildet den Schluss des gesammten Werkes. Zunächst bringt sie noch eine Reihe von Darstellungen, welche sich, wie in Aussicht gestellt war, auf die cadaverösen Veränderungen beziehen: faulige Verfärbung und blutige Imbibition der Haut, Mumification und Saponification, sodann die wichtigsten cadaverösen Erscheinungen an den inneren Organen, ferner einen typischen Fall von postmortaler Invagination und schliesslich die Folgen postmortaler Hitzeeinwirkung (Röstung).

Ausserdem hat aber Verf. noch in durchaus dankenswerther Weise die beiden letzten Seiten des Atlasses einer Zusammenstellung gewisser mikroskopischer Befunde gewidmet, welche jeder Gerichtsarzt häufig in die Lage kommt erheben zu müssen. Sowohl zu Vergleichs- als auch ganz besonders Unterrichtszwecken ist eine derartige Tafel nicht hoch genug anzuschlagen. Wir finden hier das mikroskopishe Bild von Blutkörperchen des Menschen, vieler Säugethiere, eines Vogels und eines Fisches theils im frischen Zustande, theils nach vorausgegangener Eintrocknung wieder zum Quellen gebracht. Ueber die gerichtsärztliche Bedeutung und Verwerthbarkeit dieser Bilder spricht sich Verf. in dem begleitenden Texte klar und deutlich aus. Je eine colorirte Zeichnung ist den Teichmann'schen Hämincrystallen, (nur vermissen wir hier leider den dunkeln Farbenton und die Zwillingsformen) und den menschlichen Spermatozoen (nach Färbung mit Bismarckbraun) gewidmet. Hierauf folgen einige in der Textilindustrie verwendeten Gewebsfasern und den Beschluss bildet eine Sammlung von Haarabbildungen, in der mehrere Arten von menschlichen Haaren und die Haare der verschiedensten Thiere vertreten sind.

Es darf nicht unerwähnt bleiben, dass dem Texte dieser letzten Lieferung ausser einem Index für den 2. Theil des Werkes auch noch ein Sachregister beigegeben ist, in welchem beide Theile des Atlas Berücksichtigung finden.

Schon bei der Besprechung der einzelnen Lieferungen haben wir Gelegenheit gehabt, die vielen Vorzüge dieses einzig in der forensisch medicinischen Literatur dastehenden Tafelwerkes hervorzuheben. Der vor Jahren erschienene erste Theil desselben (die Vergiftungen behandelnd) hat sich bereits in dem leider für ein solches Unternehmen nicht ausreichend grossen, Interessentenkreise die wärmsten Freunde erworben, welche es dem Verf. und auch dem Verleger sicher Dank wissen, dass sie vor keinen Schwierigkeiten zurückschreckend das Werk zu einem so schönen Abschluss geführt haben. Indem wir ihnen dazu Glück wünschen, sprechen wir die Hoffnung aus, dass sich der Atlas der gerichtlichen Medicin noch viele neue Freunde nicht nur in akademischen Kreisen, sondern auch besonders unter den praktisch thätigen Gerichtsärzten erwerben möge. Wladimirow.

Prof. A. Guttstadt: Deutschlands Gesundheitswesen. Leipzig. Georg Thieme. Band I. 575 pag. 1890, Band II. 1891, 581 pag.

In diesem ausführlichen. mit grossem Fleiss und echt deutscher Sorgfalt zusammengestellten Werke erhält der Leser einen eingehenden Begriff von der Organisation und Gesetzgebung des deutschen Reiches und seiner Einzelstaaten.

Es beginnt im I. Bande mit der Organisation der Medicinalbehörden in den 26 Einzelstaaten, giebt dann die Reichsgesetze und alle auf Ausübung der Praxis bezüglichen Punkte, wobei namentlich sehr ausführlich die Honorarfrage behandelt ist. Fast der ganze 2. Band handelt von der «Bekämpfung ansteckender und gemeingefährlicher Krankheiten».

Es ist viel werthvolles Material in diesem Werke angehäuft, das hoffentlich recht bald dazu verwerthet wird, eine einheitliche Sanitäts-Gesetzgebung für Deutschland zu schaffen, deren Abwesenheit sowohl aus diesem Buche, wie auch aus den jüngsten trüben Erfahrungen in Hamburg so klar hervorgeht. Bisher variiren die verschiedenen Gesetze in den Einzelstaaten wohl noch bedeutend. Aber nicht nur für Deutschland. sondern für die Sanitätsbehörden jedes anderen Landes wird das Buch stets ein werthvolles Quellenwerk bleiben und macht es seinem Autor alle Ehre.

O. Petersen.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 12. Mai 1892.

1. Herr Moritz berichtet über folgenden Fall einer eigenthümlichen Infectionskrankheit.

Am 17. April wurde M. zu einer alten Dame gerufen, einer Verwandten, die er seit ihrer Jugend kannte. Er erfuhr, dass sie etwa 12 Tage krank sei; der anfänglich behandelnde Arzt hatte die Krankheit zuerst als Lungenentzündung bezeichnet, jedoch in den letzten Tagen von Typhus gesprochen und eine Consultation in Aussicht gestellt, — es waren ihm augenscheinlich diagnostische Zweifel gekommen.

Die Krankheit hatte mit starkem Fieber begonnen, dabei hat Patientin gehustet und viel ausgeworfen, der Auswurf war indessen nie blutig oder bräunlich gewesen, Glieder- und allgemeine Brustschmerzen, Appetit- und Schlaflosigkeit, unregelmässiger Stuhl, oft Uebelkeit, selten Erbrechen. Was die Patientin am meisten quälte waren Fieber-Anfälle mit Schüttelfrost, die in den letzten Tagen 1—2 mal täglich sich wiederholten, dann war meist Antipyrin oder Chinin gegeben worden, was Schweiss und subjective Erleichterung bewirkte. Die Temperaturen zeigten starke Schwankungen von 37° bis 40°. Das Sensorium war frei.

Bei der ersten Untersuchung fand sich das Herz in allen Beziehungen normal, der Puls c. 100, regelmässig. Ueber den Lungen überall sonore Percussion, die Auscultation zeigte zahlreiche mittel und feinblasige katarrhal. Rasselgeräusche, die nur r. h. u. etwas consonirenden Charakter trugen bei etwas hauchendem Exspirium. Der Lungenbefund war ein solcher, wie er während der Influenzaepidemie oft beobachtet und bezeichnend ist für das Vorhandensein kleiner katarrhalpneumonischer Herde neben ausgebreiteter Bronchitis. Die Leber war palpabel mit frei mobilem etwas druckempfindlichem Rande. Die Milz percutorisch gross, liess sich nur undeutlich beim Inspiriren durchfühlen. Zunge etwas belegt, nicht ganz trocken. Leib schmerzlos, weich, voll; kein Ileo-Coecal-Gurren, geformter Stuhl auf Klysma. Der leicht trübe gelassene Urin hellte sich beim Kochen etwas auf, enthielt also wahrscheinlich etwas Schleim, gewiss kein Eiweiss. M.'s Diagnose lautete: acute fieberhafte Infectionskrankheit mit Lungenaffection. Welches von den bekannten Infectionsfiebern es sei, konnte zunächst nicht gesagt werden, in Frage kommen konnten: Influenza und Abdominaltyphus — aber gegen beide Annahmen liessen sich gewichtige Bedenken erheben. Gegen Influenza, — was immerhin noch am meisten für sich hatte, — schienen die häufigen Schüttelfröste zu sprechen, wenn dieselben nicht vielleicht durch Reaction auf Antipyrin — Entfieberung — bedingt waren.

Es wurden nunmehr alle Antipyretica weggelassen, Salmiakmixtur verordnet, — Ernährung vorwiegend durch Milch und Wein.

In den ersten Tagen nach der veränderten Therapie wiederholten sich noch einige Schüttelfröste mit Anstieg über 39,0°, danach wurde das Fieber niedriger aber constanter mit Morgen-Remissionen unter 38,0°. Husten, Auswurf, Athemfrequenz liessen nach; das 2 mal untersuchte Sputum war frei von Tuberkel-Bacillen. Ueber den Verlauf kann Vortr. in allgemeinen Zügen nur aus der Erinnerung berichten, da die Temperatur- und anderweitigen ärztlichen Notizen aus missverstandener Ansteckungs-Angst von den Angehörigen verbrannt wurden.

Etwa um den 23. April zeigte sich am Rücken und an der Brust ein grossfleckiges Exanthem von anfangs bräunlichrother Farbe, dasselbe bedeckte allmälig, z. Th. in grössern confluirten Flächen, den ganzen Rumpf und blasste, etwas gelblich werdend, in etwa 6 Tagen vollkommen ab; — danach blieb die Haut rein, blass. Husten und Auswurf verminderten sich immer mehr, dagegen blieb die Anorexie bestehen, — Widerwille gegen jegliche Nahrung, grosses Schwächegefühl. Die Arzneimittel Salmiak, Campher, Valeriana mit Strophantus u. s. w. mussten eines nach dem andern fortgelassen werden um Erbrechen zu vermeiden. Nachdem einige Zeit Klystiere gemacht waren, trat etwa um den 28. April häufiger Durchfall auf mit Abgang flüssiger, erbsenpurée-ähnlicher, Massen; der Leib war etwas aufgetrieben, es folgten im Laufe von 2 Tagen eine Reihe blutiger Ausleerungen, in welchen einzelne grössere Coagula kenntlich waren. Die Temp. ging nun stetig hinunter — in den letzten Lebenstagen bis unter 36°,0. Zum 1. Mai war unter Opium innerlich und Campher subcutan ein Stillstand des Durchfalles eingetreten, — am 3. Mai begann unstillbares Erbrechen, das durch jeden Versuch etwas zu sich zu nehmen hervorgerufen wurde. Sogar gegen Eisstückchen wurde protestirt. Das Erbrechen war dünn, grünlich grau und hatte deutlich fäculenten Geruch — offenbar Darminhalt. Eine Cocaïn-Injection schien für einige Zeit Erleichterung zu bringen, doch bald begannen unwillkürliche Abgänge; der seit Eintritt des Durchfalls rascher zunehmende Collaps bei kleinwerdendem Pulse führte zum Exitus am 5. Mai.

M. war beim Tode der Pat. über die Diagnose kaum weniger im Unklaren als beim ersten Besuch. Die Durchfälle mit Darmblutung schienen ein Indicium für Abdominal-Typhus, jedoch widersprach so Vieles dieser Annahme, dass die Vermuthung, es könne sich hier um eine ganz ungewöhnliche noch nicht rubricirte Infectionskrankheit handeln, als die wahrscheinlichste erschien. Pat. lebte unter ganz ausnahmsweise ungünstigen äussern Bedingungen: Sie bewohnte in einem baufälligen alten Holzhause an der Ligowka ein grosses 3 fenstriges Zimmer, dessen Dielen ganz defect, breite Ritzen hatten. Im Hofe des Hauses war eine Niederlage von Lumpen und vor ihren Fenstern dehnten sich unabsehbare Hügel von gefrorenen Abfuhr-Stoffen aus der ganzen Stadt, welche allmählig aufthauten und vielen hundert Schweinen zur Weide dienten. Hier führte sie ein durch manches Kümmerniss und Sorge um einen kranken Grosssohn trübes Leben; es wäre erklärlich, dass dieser alte, schwächliche, psychisch gedrückte Organismus einer Invasion von äussern Fäulnisserregern unterlag, während andre kräftigere nicht inficirt wurden.

Section 6. Mai. (Dr. de la Croix).

Ziemlich magere, blasse Leiche, kein Exanthem.

Brusthöhle: Beide Pleurasäcke frei von Flüssigkeit, die linke Lunge nirgends, — die rechte nur mit ihrem obern Lappen adhärent. Geringes Emphysem der Lungenränder. In beiden untern Lungenlappen, besonders rechts zerstreute katarrhalpneumonische Herde. Zahlreiche subpleurale Ekchymosen. Herz klein, parenchymatös degenerirt, auf dem Schnitt lehmfarben. Die Klappen intact.

Bauchhöhle frei, trocken, Peritoneum spiegelnd. Leber mittelgross, vorderer Rand geschrumpft, scharf, der linke Lappen uneben; auf dem Schnitt Muskatnuss-Zeichnung, im Gewebe zerstreute kleine graue glasige Knötchen und Puncte. Milz gross ($15^1/_2$,—8,—4 Cent.) Kapsel verdickt und gerunzelt, Gewebe weich, blass rothbraun. Nieren-Kapsel z. Th. adhärent. Die rechte Niere ziemlich gross, dunkelroth, an einer Stelle der Oberfläche ein flammiger gelblicher Fleck. Die linke Niere normal gross, roth, blass gesprenkelt. Beide Nieren an der Oberfläche granulirt, weich, — Corticalis schmal, Pyramiden-Zeichnung undeutlich; das ganze Gewebe hyperämisch, enthält eine grosse Menge gelber weicher Knötchen von Nadelspitze bis Nadelkopf-Grösse — kleine Abscesse, welche beim Einschnitt gelben Eiter entleeren, Schleimhaut des Nierenbeckens injicirt, nicht geschwellt, spiegelnd.

Im Magen am Fundus ein submucöser schwarzbrauner Fleck ($4^1/_2$—2 Cent.) — Ueberbleibsel eines in Resorption begriffenen Blut-Extravasats.

Im ganzen Darmtractus nichts Abnormes — insbesondere keine Ulcera oder deren Narben, Harnblase frei, ihre Schleimhaut gesund.

Im Uterus einzelne kleine Myome; etwas schleimiger Katarrh im Cervialcanal.

Ueber den bakteriologischen Befund referirt Herr de la Croix folgendes:

In den bei der Section am 6. Mai angefertigten Deckglas-Trockenpräparaten fanden sich bei der mikroskopischen Untersuchung sowohl des Blutes als hauptsächlich des Eiters aus den multiplen Nierenabscessen zahlreiche Kokken, häufig in der Anordnung von Diplokokken, aber auch vereinzelte Streptokokken. Ferner fanden sich in den Präparaten aus dem Blute vereinzelte, in denjenigen aus den Eiterheerden der Nieren dagegen stellweise sehr zahlreiche kurze Bacillen, deren Endpole sich oft stärker färbten als die Mittelstücke. Diese Bacillen erschienen jedoch plumper und dicker, als die Influenzabacillen beschrieben werden, und näherten sich in ihrer Form den früher als Bakterium termo, jetzt als Bacillus saprogenes be-

zeichneten, bei Fäulnissprocessen beobachteten Bakterienarten. Es muss die Krankheit daher als ein pyämischer Process bezeichnet werden, dessen Ursprungs- resp. Einfallspforte bisher unaufgeklärt geblieben ist. Als letztere könnten vielleicht die Lungen angesehen werden, da am Beginne der Erkrankung Lungenerscheinungen beobachtet worden sind und z. B. putride Bronchitis zur Erzeugung sogar von Leberabscessen vollständig ausreicht. Jedenfalls ist die Anwesenheit von Bacillen in den Nierenherden ein aussergewöhnlicher Befund und bringt die Untersuchung der bisher noch nicht schnittreifen Gewebsstücke vielleicht nähere Aufklärung.

Auch de la Croix ist geneigt, den Process nicht für eine gewöhnliche Pyämie, sondern für eine besondere Infectionskrankheit, etwa eine Fäulnissinfection zu halten.

P.S. Die nachherige Untersuchung der Schnittpräparate konnte nur die Pyämie bestätigen, indem sich zahlreiche Embolien von Kokken in den Capillaren der Leber- und namentlich der Nierenarterien fanden. Ausserdem erwiesen sich den oben beschriebenen Bacillen durchaus ähnliche auf den Schnitten zerstreut namentlich im Gewebe der Nieren, doch konnte sich keinerlei Schluss auf die Specificität derselben ziehen lassen, namentlich, da es nicht ausgeschlossen erscheint, ob sie nicht einen postmortalen Leichenbefund bildeten (die Section hatte mehr als 24 Stunden nach dem Tode stattgefunden),

2. Herr Westphalen hält einen zum Druck bestimmten Vortrag: «Zur Symptomatologie der fibrösen Mediastinitis» (cfr. St. Petersb. med. W. Nr. 29).

Secretär: E. Blessig.

Vermischtes.

— Am 10. October fand hierselbst die Jahresversammlung der russischen syphilidologischen und dermatologischen Gesellschaft statt, welche fast ausschliesslich der Feier des 30jährigen Jubiläums des Professors der militär-medicinischen Akademie Dr. Benjamin Tarnowski, gewidmet war. Die genannte Gesellschaft hat Prof. Tarnowski, welcher seit der Gründung der Gesellschaft (vor 8 Jahren) Präsident der Gesellschaft ist, zu ihrem Ehrenmitgliede gewählt und ausserdem beschlossen, auf den Namen des Jubilars eine Prämie zu stiften, welche für die beste Arbeit auf dem Gebiete der Syphilidologie vergeben werden soll. In derselben Sitzung überreichte der Präsident der Moskauschen venerologischen und dermatologischen Gesellschaft, Dr. Pospelow, dem Jubilar eine Adresse und das Ehrenmitglieds-Diplom der Moskauschen Gesellschaft. Die Gesellschaft der Odessaschen Aerzte hat ebenfalls Prof. Tarnowski zu ihrem Ehrenmitgliede gewählt.

An die Feier schloss sich ein Souper im Restaurant «Bär».

— Die hiesige Gesellschaft russischer Aerzte hat in ihrer letzten Sitzung die Professoren der militär-medicinischen Akademie Iwanowski und Dobrowolski zu Ehrenmitgliedern gewählt. Prof. Iwanowski ist bekanntlich seit dem Tode Prof. Botkin's Präsident der genannten Gesellschaft.

— Der Professor der militär-medicinischen Akademie Dr. I. P. Mierzejewski und der Professor der Moskauer Universität Dr. Erismann sind von der medicinischen Gesellschaft in Omsk zu Ehrenmitgliedern gewählt worden.

— Zum Nachfolger Prof. Manassein's auf den Lehrstuhl der speciellen Pathologie und Therapie an der militär-medicinischen Akademie ist in der letzten Conferenzsitzung der Akademie der Privatdocent und Oberarzt des städtischen Barackenhospitals, Dr. Nilus Ssokolow, mit grosser Majorität gewählt worden. Es hatten sich im Ganzen 10 Candidaten für diese Professur gemeldet.

— Dem Director des hiesigen Kinderasyls zum Andenken an den 19. Februar 1861, Geheimrath Dr. Andreas Meinhard, ist das Ehrenzeichen für 50jährigen tadellosen Dienst Allerhöchst verliehen worden.

— Verstorben: 1) Am 2. October in Dünaburg einer der beliebtesten dortigen Aerzte, Hofrath Dr. August Wernitz nach kurzer Krankheit im 43. Lebensjahre. W. wurde in Warschau als Sohn eines Capellmeisters geboren, erhielt seine Schulbildung im Rigaschen Gymnasium und bezog die Universität Dorpat im Jahre 1869, um daselbst Theologie zu studiren. Mangel an Mitteln zwang ihn jedoch, dieses Studium wieder aufzugeben und nach Warschau zu gehen, wo er sich dem Studium der Medicin widmete. Im Jahre 1873 kehrte er, mit einem Stipendium ausgerüstet, nach Dorpat zurück und beendete dort seine Studien im Jahre 1876. Im Jahre 1880 wurde er zum Doctor medicinae promovirt.

Nach Absolvirung seiner Studien war Wernitz successive Arzt auf dem Kriegsschauplatze in Bulgarien während des letzten Türkenkrieges, Ordinator am Militärhospital und Arzt der Festungsartillerie in Dünaburg. Schon seit längerer Zeit an einem Herzübel leidend, nahm er im Jahre 1886 seinen Abschied, um sich als freipraktieirender Arzt ganz seiner ausgebreiteten Praxis zu widmen, die er mit seltener Hingebung und Treue, trotz des eigenen Leidens, bis zu seinem Lebensende ausgeübt hat.

2) Am 5. October in St. Petersburg der frühere Oberarzt des 3. Sappeur-Bataillons, Dr. Woldemar Abel, im 62. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Estland und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er als Provisor der Moskauer Universität von 1858—64 Medicin studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde wurde A. Militärarzt und war als solcher Arzt des Orenburgschen Infanterieregiments, sodann Oberarzt des 18. Schützenbataillons und seit 1879 Oberarzt des 3. Sappeur-Bataillons (anfangs in Riga dann in Grodno und Wilna).

3) Am 4. October der Oberarzt des Marienlazareths bei den der Admiralität gehörigen Ishoraschen Fabriken in Kolpino bei Petersburg, Dr. I. I. Rosow, im 59. Lebensjahre. 4) Am 9. October in St. Petersburg der frühere Schlüsselburgsche Arzt S. A. Baschkirew. 5) In Kilija (Bessarabien) der dortige Stadtarzt Franz Labudzinski im 62. Lebensjahre an Zungenkrebs. Der Verstorbene, welcher seit Absolvirung seiner Studien in Kiew (1861) ununterbrochen in Kilija als Arzt gewirkt hat, erfreute sich der allgemeinen Beliebtheit.

— Zum zweiten Professor beim Lehrstuhl der operativen Chirurgie und topographischen Anatomie an der militär-medicinischen Akademie ist der Consultant bei der Ambulanz der Heilanstalt der Grossfürstin Maria Alexandrowna, Herzogin von Edinburg, Dr. A. I. Jakobson ernannt worden. (Das Amt des ersten Prosectors versieht seit vielen Jahren der Privatdocent Dr. S. P. Kalantarianz).

— Zum Rector der Dorpater Universität ist, an Stelle des auf sein Gesuch wegen Krankheit aus dem Dienst entlassenen Professors Dr. O. Meykow, der ordentliche Professor der Warschauer Universität Dr. Budilowitsch ernannt worden und bereits in Dorpat eingetroffen.

— Der bekannte Massagearzt Dr. Mezger beabsichtigt, wie verlautet, im April nächsten Jahres aus Wiesbaden nach Paris überzusiedeln. Als Grund seines Wegzuges soll Mezger angeben, dass er seinen Söhnen nachdem die deutsche Erziehung derselben vollendet sei, auch eine französische Ausbildung geben wolle.

— Nach der «Riforma medica» ist die Zahl der Aerzte in Italien eine übermässig grosse, noch grösser als in Deutschland. In Neapel z. B. kommt auf 513 Einwohner bereits ein Arzt. Hand in Hand damit geht die Verminderung der Einkünfte der Aerzte, welche nach den Zusammenstellungen der Generalsteuerdirection unter allen freien Berufsarten (Advocaten, Notaren, Ingenieuren etc.) das geringste Einkommen aufweisen, (A. m. C.-Ztg.).

— Die Aerzte des weiblichen Obuchowhospitals haben beschlossen, das Andenken des im vorigen Jahr verstorbenen Dr. Hinze, welcher der Anstalt 23 Jahre lang angehört hat, durch Aufhängen seines Porträts im Dejourzimmer, zu ehren.

— In erfreulicher Weise findet die Thätigkeit der Aerzte und des medicinischen Personals während der letzten Typhus- und Cholera-Epidemie in immer weiteren Zweigen Anerkennung. Zu den von uns bereits früher mitgetheilten Anerkennungsbeweisen fügen wir heute noch einige hinzu. So hat die Ssamarasche Stadtverwaltung beschlossen, den DDr. Dwoitschenko und Ssimakow, sowie sämmtlichen Studenten, welche in Ssamara bei der Bekämpfung der Epidemie thätig gewesen sind, ihre Erkenntlichkeit auszudrücken und denselben zum Andenken an ihre nützliche Thätigkeit goldene Jetons mit einer entsprechenden Aufschrift darzubringen, ausserdem noch über die in hohem Grade nutzbringende Thätigkeit derselben dem Kriegsminister, sowie dem Vorstande der militär-medicinischen Akademie und der Kasanschen Universität zu berichten. Die Einwohner von Samarkand haben Dr. N. M. Dranizyn eine in höchst anerkennenden Worten abgefasste Adresse und ein Werthgeschenk für seine selbstverleugende Thätigkeit während der Choleraepidemie überreicht und ihm zu Ehren ein Diner veranstaltet. Die Koslowsche Duma hat beschlossen den Aerzten, welche während der Choleraepidemie in Koslow thätig waren, eine Geldgratification zukommen zu lassen. Das Charkowsche Stadtamt hat den Aerzten Michailow, Tscherewkow, Lessewitsch, Nemirowitsch und Fedossejewa für ihre gewissenhafte und aufgeopfernde Thätigkeit während der Choleraepidemie den Dank abgestattet. Den Aerzten Bobin, Prokopenko und Akimenko hat dieses Stadtamt noch seine besondere Erkenntlichkeit für die unentgeltliche Besorgung der Nachtdejouren ausgedrückt.

— Das St. Petersburger Stadtamt, die städtischen Hospital- und die städtische Sanitätscommission haben in einer vereinigten Sitzung beschlossen, bei der Duma den Antrag zu stellen, den Etat der städtischen Sanitätsärzte zu vergrössern (von 26 auf 41) und denselben für das ganze nächste Jahr beizubehalten. Zur Gagirung dieser zu den jetzt bereits angestellten 26 Aerzten hinzukommenden neuen 15 Sanitätsärzte erbittet sich die Commission einen Credit von 18,300 Rbl. für das nächste Jahr. Die Gage für die von der Sanitäts-Commission neu anzustellenden Sanitätsärzte ist auf 100 Rbl. monatlich für diejenigen veranschlagt, welche keine andere Stellen im Polizei- oder städtischen Dienste bekleiden, für diejenigen Aerzte aber, welche bereits bei der Duma oder der Polizei dienen, nur auf 75 Rbl. monatlich.

— Am 6. October ist in Moskau eine von den dortigen Militärärzten eingerichtete Heilanstalt für unentgeltliche ambulatorische Behandlung von Kranken eingeweiht worden. Die Kosten der Erbauung des zweistöckigen Gebäudes für die Anstalt hat der Wohlthäter S. J. Maljuschin getragen. Das Gebäude enthält, ausser einem grossen Saal für die Versammlungen des militär-ärztlichen Vereins, 10 ärztliche Cabinets, ein Operationszimmer, eine Bibliothek, Apotheke und Krankenzimmer mit 7 Freibetten, welche von Privatleuten gestiftet sind.

— Vom October d. J. an wird das neue Organ der Gesellschaft Odessaer Aerzte unter dem Titel «Южно-Русская медицинская газета» (Südrussische medicinische Zeitung) herausgegeben werden. Die neue Wochenschrift wird 1—1½ Bogen stark unter der Redaction der Aerzte A. W. Korsch, O. O. Motschutkowski, M. G. Pogrebinski, N. A. Stroganow und M. A. Finkelstein erscheinen. Der Abonnementspreis beträgt 6 Rbl. für's Jahr. (Die Gesellschaft der Odessaer Aerzte hat bei der Stadtverwaltung um eine jährliche Subvention von 2000 Rbl. zur Herausgabe dieser Zeitung nachgesucht).

— Die vor Kurzem verstorbene Frau E. A. Kuhn hat der Stadt Moskau 143,040 Rbl. zum Bau einer Baracke bei der städtischen psychiatrischen Heilanstalt testamentarisch vermacht.

— Ein gewisser Levy hat der französischen Akademie der Wissenschaften 50,000 Frcs. vermacht, deren Zinsen jährlich dem Pasteur'schen Institut behufs Erforschung der Diphtherie übergeben werden sollen. Das Kapital soll demjenigen ausgezahlt werden, der eine wirksame Behandlung dieser Krankheit entdeckt.

— Die Choleraepidemie in den von ihr ergriffenen Gebieten des russischen Reiches weist eine stetig fortschreitende Abnahme auf. Nach den für die Zeit vom 29. September bis 7. October veröffentlichten officiellen Daten kam die grösste Zahl der Choleraerkrankungen auf das Gouvernement Ssamara (vom 28. Sept. bis 5. October 904 Erkrankungen und 363 Todesfälle), dann folgen die Gouvernements Tambow (725 Erkrankungen und 333 Todesfälle), Ssaratow (641 resp. 359), Woronesh und Ljublin. Unter den Städten hatte St. Petersburg in der in Rede stehenden Woche die meisten Erkrankungs- und Todesfälle, nämlich vom 30. Sept. bis 7. October 88 Erkrankungen mit 29 Todesfällen. Es weist die letzte Woche aber auch für Petersburg eine deutliche Abnahme auf: vom 7.—14. October erkrankten hier 36 Personen starben 19 und genasen 59. Zum 14. October verblieben in den hiesigen Hospitälern im Ganzen 42 Cholerakranke (gegen 84 am 7. Oct.). Am 11. und 13. October ist hier nur je ein Cholera-Todesfall vorgekommen. Nach den officiellen Bulletins betrug die Gesammtzahl der Cholerakranken bis zum 14. October 4040, die der Genesenen 2827 und der Verstorbenen 1218.

In Riga ist am 9. October keine neue Erkrankung vorgekommen und sind in Behandlung nur noch 7 Kranke verblieben.

In Kronstadt ist die Cholera erloschen.

In Hamburg ist die Epidemie dem Erlöschen nahe. Am 19. October ist dort zum ersten Mal kein einziger Todesfall und nur eine Cholera-Erkrankung vorgekommen. Nach einer Zusammenstellung des statistischen Amtes sind in Hamburg in der Zeit vom 17. Aug. bis 13. Oct. 17,929 Personen erkrankt und 7592 gestorben. Es betrug die Sterblichkeit also 13 pro Mille der Bevölkerung.

In Altona sind bis zum 5. Oct. 299 Personen gestorben, also 2 pro Mille.

In Belgien sind nach dem Bericht des dortigen Directors des Gesundheitsdienstes seit dem 21. Juli d. J. 1135 Personen an der Cholera erkrankt und 564 gestorben, also 50 pCt. der von der Seuche Ergriffenen ihr erlegen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 4. October d. J. 5314 (53 mehr als in der Vorwoche), darunter 212 Typhus — (20 weniger), 628 Syphilis — (44 mehr), 24 Scharlach — (2 mehr), 14 Diphtherie — (7 mehr), 17 Masern — (8 weniger), 7 Pocken — (1 mehr) und 84 Cholerakranke (19 weniger als in der Vorwoche).

Am 11. October d. J. betrug die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs 5418 — (104 mehr als in der Vorwoche), darunter 179 Typhus — (33 weniger), 640 Syphilis — (12 mehr), 24 Scharlach — wie in der Vorwoche). 19 Diphtherie — (5 mehr), 21 Masern — (4 mehr), 5 Pocken — (2 mehr) und 63 Cholerakranke — (21 weniger).

Vacanzen.

1) Es wird ein Arzt für den 4. med. Bezirk des Kreises Noworschew (Gouv. Pskow) gesucht. Gehalt 1200 Rbl. jährl. bei freien Amtsfahrten. Adresse: «Новоржевская Земская Управа».

2) In der Stadt Jeisk (Kubangebiet) ist die Stelle eines Hospitalarztes erledigt. Gehalt 1000 Rbl. Die Meldung geschieht bei der «Ейская Городская Управа».

3) In der Stadt Wessjegonsk (Gouv. Twer) ist die Stelle eines Arztes beim Krankenhause zu vergeben. Nähere Auskunft ertheilt die «Весьегонская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 4. October bis 10. October 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr	Unbekannt.
234	189	423	69	27	47	7	2	7	53	48	52	47	37	20	7	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 4, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 3, Masern 0, Scharlach 6, Diphtherie 3, Croup 0, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 14, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 34, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 75, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 21, Marasmus senilis 14, Krankheiten des Verdauungscanals 42, Todtgeborene 21.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 27. October.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 19. October.

Diejenigen Herren, welche der Bibliothek des Vereins St. Petersburger Aerzte die nachstehend aufgezählten Zeitschriften entnommen haben, ohne den betreffenden Vermerk in dem dazu in der Bibliothek ausliegenden Buch zu machen, werden höflichst ersucht, die Zeitschriften zu retourniren oder über ihren Verbleib Mittheilung zu machen.

1. Virchow's Archiv Band 20.
2. Deutsche medicin. Wochenschrift Jahrgang 1882, 1884, 1886, 1887.
3. Berliner klin. Wochenschrift Jahrgang 1880, 1881, 1883, 1888.
4. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Band 27.

Dr. Wanach,
Bibliothekar des Vereins
St. Petersburger Aerzte.

Дозв. ценз. Спб. 17 Октября 1892 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 43 St. Petersburg, 24. October (5. November) **1892**

Ueber den gegenwärtigen Stand der Cholerafrage, erläutert an den Epidemien von Dorpat und Reval aus dem Jahr 1871.

Vortrag, gehalten am 15. September (a. St.) 1892 auf dem IV. livländischen Aerztetage in Wenden.

Von

Prof. Dr. Karl Dehio.

in Dorpat.

Hochgeehrte Collegen!

Der ehrenvollen Aufforderung unseres Herren Präsidenten folgend, will ich es versuchen, Ihnen die Ansichten auseinanderzusetzen, die ich mir über den gegenwärtigen Stand der Cholerafrage gebildet habe, einer Frage die jetzt alle Welt bewegt, erregt und erschreckt und es um so mehr verdient ein Gegenstand der Verhandlungen unseres Aerztetages zu sein, als auch an den Thoren unserer Provinzen die Schläge erschallen, mit denen der unheimliche Gast Einlass begehrt.

Ich bin mir der Schwierigkeit meiner Aufgabe wohl bewusst, denn den Stand einer im vollen Fluss befindlichen Frage fixiren wollen, heisst nichts Anderes als die Momentphotographie eines galoppirenden Rosses versuchen; nur zu leicht erscheint der sich bewegende Gegenstand in einer Stellung, die verzerrt und unnatürlich erscheint, weil sie den länger andauernden Haltungen, an welche sich unser Auge mehr gewöhnt hat, nicht entspricht und rasch wieder wechselt.

Einen neuen Standpunkt hat die Frage nach der Entstehung und Verbreitung der Cholera mit der Entdeckung des Cholerabacillus oder Kommabacillus (spirillum cholerae asiaticae) gewonnen. Nachdem Robert Koch in den Jahren 1884 und 1885 mit aller der Sicherheit, welche naturwissenschaftliche und medicinische Entdeckungen überhaupt haben können, so lange sie nicht durch das Experiment am Menschen absolut zweifellos bewiesen sind, die constante Anwesenheit des Cholerabacillus in jedem Falle der Cholera asiatica festgestellt und den Nachweis geliefert hatte, dass diese Mikroben in der That die specifischen Erreger und Träger des Choleraprocesses sind, machte sich naturgemäss das Streben geltend, nun auch die epidemiologischen Thatsachen, so weit sie schon früher bekannt waren, mit den bedeutungsvollen Koch'schen Entdeckungen in Einklang zu bringen. Es kam darauf an zu zeigen, dass die Entstehung und die Verbreitung der Choleraepidemien, so wie die Pathogenese der einzelnen Choleraerkrankungen durch die biologischen Eigenschaften des Cholerabacillus in ausreichender Weise erklärt werden.

Ein Urtheil darüber, ob dieser Nachweis schon in allen Stücken gelungen ist. können wir nur gewinnen, nachdem wir uns die Lebenseigenschaften des Kommabacillus, so weit sie bis jetzt bekannt sind, kurz vergegenwärtigt haben. Aus der Thatsache, dass der Cholerabacillus in jedem einzelnen Fall von Cholera im Darminhalt der Kranken nachgewiesen werden kann und trotz eifrigen Suchens bei keiner andern Krankheit aufgefunden worden ist, folgt der jetzt wol allgemein anerkannte Schluss, dass der Kommabacillus in der That die Ursache und der Träger der Cholerainfection ist. Er ist das körperliche Substrat, das so lange gesuchte Ens morbi, welches nun, wohl eingeschlossen in gläserner Phiole, unserer directen Beobachtung und Untersuchung zugänglich ist.

Wir wissen durch Koch, dass der Cholerabacillus nicht nur im Darm der Cholerakranken lebt und sich vermehrt, sondern auch ausserhalb des menschlichen Körpers existiren und wachsen, also sowohl ein parasitäres als ein saprophytisches Dasein führen kann. Er gedeiht in Fleischbrühe, Gelatine, Agar-Agar, auf gekochten Kartoffeln und, was praktisch besonders wichtig sein dürfte, vortrefflich auch in der Milch, ohne dieselbe zur Gerinnung zu bringen, oder sie sonst wie äusserlich zu verändern. Das üppigste Wachsthum zeigt er bei 30—40° C., und bei weniger als 17° stellt er sein Wachsthum und seine Vermehrung ein, ohne jedoch seine Lebens- und Entwickelungsfähigkeit einzubüssen; er erträgt sogar Frosttemperaturen ohne zu sterben. Auf günstigen Nährböden, bei günstiger Temperatur

und genügendem Sauerstoffzutritt vermehrt er sich rasch, doch hört dieses Wachsthum schon nach wenigen Tagen auf und es kommt dann zur Bildung von sogenannten Involutionsformen, wobei die Bacillen schrumpfen oder quellen mit den gebräuchlichen Farbstoffen sich nur noch schlecht färben und höchst unregelmässige Gestalten annehmen. Das Vorkommen von Sporen, die im Stande wären ungünstigen Einflüssen wie z. B. der Austrocknung und dem Nahrungsmangel länger zu widerstehen als die Bacillen selbst, stellt Koch auf das Bestimmteste in Abrede. In Bezug auf die Nährsubstanzen ist der Kommabacillus relativ wenig wählerisch; nur bei starker Verdünnung derselben stellt er sein Wachsthum ein. In reinem Wasser kann er sich deshalb nach Koch nicht vermehren; nur wo das Wasser reichliche Mengen organischer Substanz gelöst enthält, wie z. B. in stangnirenden Tümpeln oder an Ufern von Flüssen und Bächen, kann eine Vermehrung der Bacillen stattfinden. Durch saure Reaction des Nährbodens wird der Bacillus getödtet, desgleichen durch vollkommene Austrocknung. Auf der Leibwäsche, dem Bettzeug und den Kleidern von Cholerakranken, welche mit bacillenhaltigen Dejectionen der Cholerakranken besudelt sind, kann der Bacillus, wenn keine Austrocknung der Gegenstände erfolgt, sich in den ersten Tagen rasch vermehren und weiterhin längere Zeit entwickelungsfähig bleiben, falls er nicht durch andere Fäulnissbakterien überwuchert und erstickt wird; in praxi mag diese letztere Art der Vernichtung des Bacillus häufig genug vorkommen. Im Reagenzglase hat Koch eine Reincultur des Bacillus fünf Monate lang lebendig erhalten. Wie auf der Wäsche gedeiht der Bacillus auch auf feuchter Erde, und die Möglichkeit, dass er sich auch im Erdboden unter günstigen Bedingungen reproduciren könne, ist nicht in Abrede zu stellen. Im Brunnenwasser hält der Bacillus sich nach Koch 30 Tage, im Berliner Kanalwasser bis 7 Tage, in Abtrittsjauche nicht über 24 Stunden lebensfähig.

Koch glaubt nun, dass die ganze Choleraaetiologie, so weit sie bis jetzt bekannt ist, mit diesen Eigenschaften des Kommabacillus in gutem Einklang steht. Als obersten Satz stellt er die Behauptung hin, dass eine Choleraerkrankung nur dann entstehen kann, wenn der Cholerabacillus aus dem Darm eines Kranken entweder direct, oder nachdem er sich eine Zeit lang in der Aussenwelt aufgehalten und eventuell daselbst vermehrt hat, in die Verdauungsorgane eines andern zur Cholera disponirten Menschen hineingelangt. Es kommt nur darauf an die Wege zu erkennen, auf welchen diese Uebertragung vom Kranken auf den Gesunden erfolgt. Der directeste dieser Wege kann in der unmittelbaren Uebertragung der Dejectionen der Kranken in den Mund der Gesunden bestehen, wobei die Finger und Hände solcher Personen, die mit Cholerakranken, Cholerastühlen und beschmutzter Cholerawäsche zu thun haben, gewiss häufiger die Vermittlerrolle spielen, als früher angenommen wurde. Zweitens können wol auch Nahrungsmittel, die zufällig und unbemerkt, aber dennoch häufig genug mit Cholera-Dejectionen besudelt werden, die Uebertragung der Cholerabacillen besorgen; auch Fliegen und Insecten dürften die Verschleppung des Keimes auf die Nahrungsmittel bewirken. Einen der häufigsten Wege zur Verbreitung der Cholera dürfte die Verunreinigung des Trink- und Gebrauchswassers mit Choleradejectionen abgeben. Dass die Choleraentleerungen bei sorgloser Verschüttung auf tausendfältige Weise durch Rinnsale, durch Spülwasser u. s. w. in Brunnen und natürliche Wasserläufe hineingelangen können, liegt ja auf der Hand, und es wäre Zeitverschwendung, wenn ich hierauf näher eingehen würde. Da die Bacillen nach Koch sich im Inhalt von Senk- und Schwindgruben nur sehr kurze Zeit lebendig erhalten, so legt Koch auf die Möglichkeit, dass die Infection von Abtrittsgruben zu einer Verseuchung des Erdbodens und weiterhin des Grundwassers und der Brunnen führen könne, nur wenig Gewicht. Die angeführten Verbreitungswege des Cholerakeims hält Koch für völlig ausreichend, um die Entstehung von Epidemien zu erklären, nachdem die Einschleppung von Kommabacillen, sei es durch Kranke, sei es durch deren Effecten oder durch Nahrungsmittel, einmal erfolgt ist. Von der ersten Erkrankung gehen die Ketten immer weiterer Uebertragung, sich mannigfach verzweigend, nach den verschiedensten Richtungen aus und ergeben schliesslich die Massenerkrankung der Häuser, der Ortschaften und ganzer Länder.

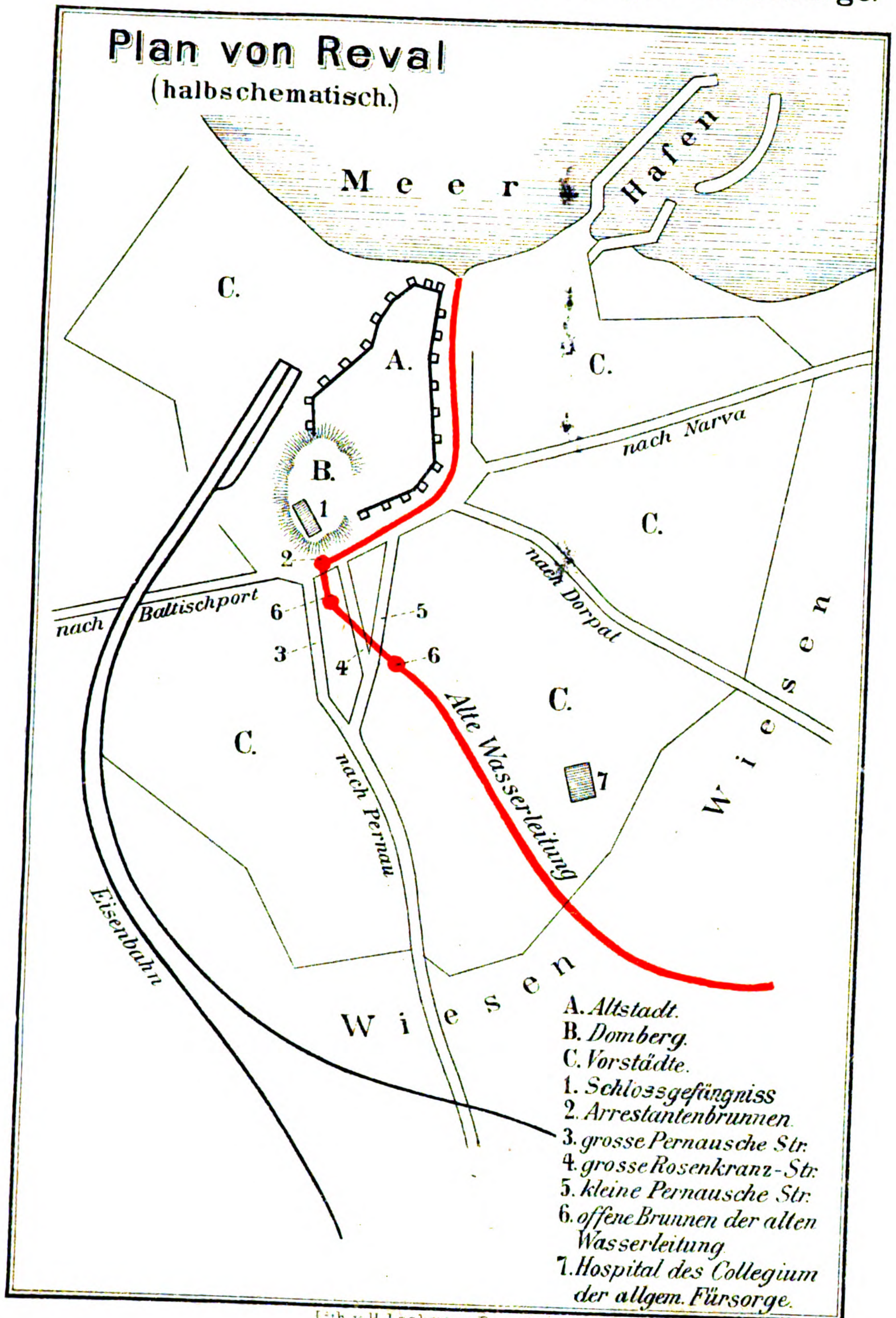
Das sind die Vorstellungen, die Koch sich von der Genese der Choleraerkrankung und von der Entstehung der Choleraepidemien auf Grund seiner grossartigen Entdeckungen und Untersuchungen gebildet, und auf den vielbesprochenen Berliner Choleraconferenzen der Jahre 1884 und 1885 mit glänzendem Geschick vertreten hat.

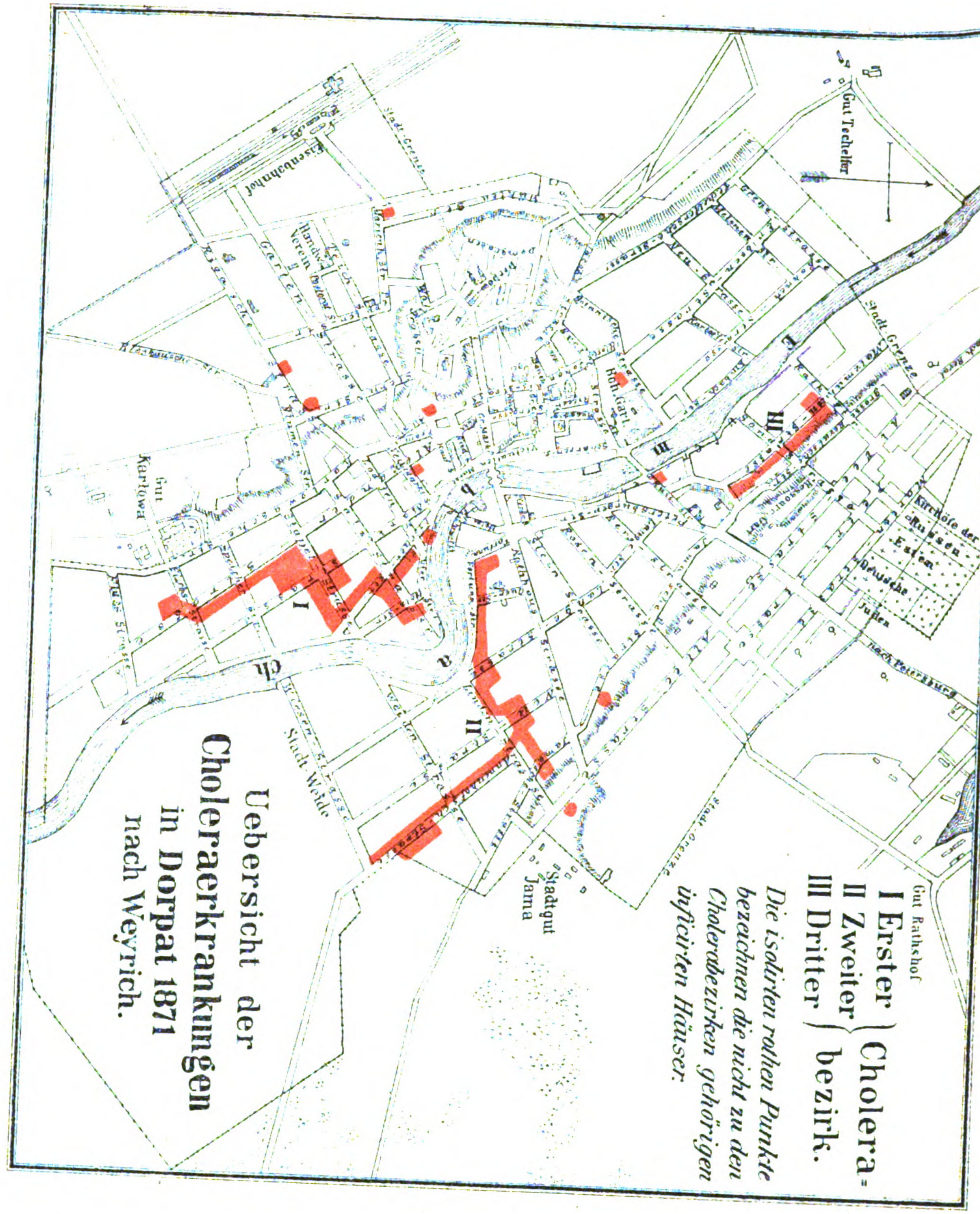
Allein der Widerspruch gegen dieselben ist nicht ausgeblieben; bekanntlich hat namentlich Pettenkofer und dessen Schule immer wieder darauf hingewiesen, dass sich doch nicht alle charakteristischen Eigenthümlichkeiten, durch die die Choleraepidemien sich auszeichnen, durch die Koch'schen Entdeckungen erklären lassen.

Warum sind die Choleraepidemien nach Intensität und Extensität unter einander so verschieden? Warum giebt es Ortschaften, in denen die Cholera niemals festen Fuss gefasst hat, obgleich weit und breit umher die grössten Verheerungen durch die Seuche angerichtet wurden? Warum beschränkt sich die Seuche erfahrungsgemäss in manchen Städten nur auf bestimmte Theile derselben? Warum hört sie so plötzlich wieder auf? Das sind die hauptsächlichsten der schwer zu beantwortenden Fragen, die Pettenkofer der Koch'schen Lehre entgegenstellt und die ihn dazu veranlassen, seine schon aus den sechziger Jahren stammende durch ausgedehnte statistische und epidemiologische Untersuchungen gestützte Ansicht von der Genese der Choleraepidemien auch jetzt noch aufrecht zu erhalten.

Eine kritische Darlegung der Pettenkofer'schen Theorie würde zu weit führen, allein die Hauptpunkte derselben muss ich doch namhaft machen. Pettenkofer giebt zwar zu, dass die Cholera durch ein verschleppbares Virus hervorgerufen wird, allein er glaubt nicht, dass dieses Virus direct und in unveränderter Form vom Kranken auf den Gesunden übertragen werden kann, weil unter dieser Voraussetzung Epidemien überall entstehen müssten, wo dieses Virus hingelangt und choleraimmune Orte dann nicht bestehen könnten. So wie der einzelne Mensch, welcher sich einer Cholerainfection ausgesetzt hat, nur dann wirklich erkrankt, wenn er für die Cholera disponirt ist, ebenso können nach Pettenkofers Ansicht, Choleraepidemien auch nur in solchen Ortschaften entstehen, welche eine gewisse Disposition für die Cholera besitzen. Da nun erfahrungsgemäss viele Ortschaften choleraimmun sind, so setzt Pettenkofer eine örtliche Immunität bei denselben voraus, und nimmt umgekehrt an, dass Epidemien nur an solchen Ortschaften entstehen können, welche eine örtliche Cholera-Disposition besitzen. Da ferner die Cholera ausserhalb Indiens nicht permanent vorhanden ist, sondern in den befallenen Ortschaften nur zeitweilig auftritt und dann wieder schwindet, ohne dass für das Eine wie für das Andre greifbare Ursachen zu erkennen wären, so meint er, dass die örtliche Disposition auch nur zeitweilig vorhanden sein kann. Er supponirt daher eine örtliche und zeitliche Disposition der von der Cholera heimgesuchten Orte und verlegt das Hauptgewicht seiner Lehre in den Satz, dass das eingeschleppte Cholera-Virus nur an solchen Orten den Ausbruch einer Epidemie veranlassen kann, welche eine örtliche und zeitliche Disposition für die letztere besitzen. Die Ursache für die vorhandene oder fehlende örtliche Disposition sieht Pettenkofer in der Bodenbeschaffenheit (poröser Boden soll im Allgemeinen günstig, un-

Beilage zu Nr. 43 der „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift“.





durchlässiger Felsboden im Allgemeinen ungünstig für die Entstehung der Epidemien sein) und für die zeitliche Disposition bezeichnet er den wechselnden, grösseren oder geringeren Gehalt des Bodens an Grundwasser und Feuchtigkeit, so wie an Grundluft und organischen Substanzen als maassgebend. Alles kommt also nach Pettenkofer auf den Boden an und von der Uebertragung der Cholera durch die Auswurfsstoffe der Kranken und von der Vermittelung dieser Uebertragung durch Nahrungsmittel und Wasser hält Pettenkofer nichts. Da nach seiner Ansicht das verschleppbare Krankheitsvirus nur dann eine Epidemie veranlasst, wenn die Disposition der betroffenen Ortschaft dabei mitwirkt, so glaubt er consequenter Weise auch nicht an die unmittelbare, specifische Virulenz der Koch'schen Cholerabacillen.

Diese radicale Negation der Koch'schen contagionistischen Lehre hat ihrerseits den Schöpfer derselben zu einer nicht weniger klaren Absage in Bezug auf die Pettenkofer'sche Bodentheorie veranlasst. Noch jüngst hat Robert Koch sich über dieselbe folgendermaassen geäussert:

«Die einzige Möglichkeit, dass Infectionsstoffe von tiefern Bodenschichten aus zur Geltung kommen, ist die, dass sie durch Spalten oder in Geröll- und Kiesboden, welcher nicht mehr filtrirt, in die Tiefe zum Grundwasser gelangen und von diesem, sofern es sich ebenfalls wieder in nicht filtrirenden, grobkörnigen Bodenschichten bewegt, in die Brunnen gespült wird. — Im Uebrigen ist es ohne Bedeutung, ob die tieferen Bodenschichten verunreinigt sind und ob das Grundwasser in denselben diese oder jene Bewegung macht. Alle Hypothesen über geheimnissvolle Vorgänge in den dem Grundwasser benachbarten Bodenschichten, über das Hinabsteigen der Infectionsstoffe in diese Schichten, ihr Reifen daselbst und das Aufsteigen der gereiften Keime mit der Bodenluft oder Flüssigkeitsströmungen stehen mit den neuern Erfahrungen über die wirklich in und auf dem Boden sich abspielenden Vorgänge nicht im Einklang und müssen deswegen fallen gelassen werden» (R. Koch. Die Bekämpfung der Infectionskrankheiten. Rede 1888).

So stehen sich auch heute noch die Koch'sche und die Pettenkofer'sche Anschauung unvermittelt gegenüber.

Im Allgemeinen liegen die Dinge aber doch so, dass wir sagen können: die Koch'schen Ansichten erwerben sich immer mehr Anhänger — an der Pettenkofer'schen Lehre bewundert man den Scharfsinn, mit der sie von Pettenkofer aufgestellt und vertheidigt worden ist, aber man lässt sich im praktischen Handeln durch dieselbe nicht beeinflussen. Sehr deutlich tritt das Vorherrschen der Koch'schen Ansichten auch in den Schutzmaassregeln zu Tage, die jetzt allerorts ergriffen werden. Man desinficirt die Cholerastühle, die Cholerawäsche und das Trinkwasser — die durch Pettenkofer empfohlene directe Assanisation des Bodens dagegen sowie die Regulirung des Grundwassers spielt unter den Mitteln, die wir gegen die Epidemie in's Feld führen, nur eine sehr untergeordnete Rolle.

Die interessanten, in Paris und Berlin ausgeführten neuesten Untersuchungen über Impfschutz und künstliche Immunisirung bei Cholera gehen gleichfalls von der Koch'schen Grundanschauung aus, dass der Kommabacillus, so wie wir ihn aus den Stuhlentleerungen der Kranken züchten, der directe Träger und Verursacher der Choleraerkrankung ist.

Theoretische Versuche, die streitenden Meinungen mit einander zu versöhnen, sind ja vielfach gemacht worden, allein ich glaube, dass nur neue epidemiologische Thatsachen und bakteriologische Entdeckungen im Stande sein werden eine definitive Klärung der Streitfrage zu bewirken.

Ich glaube mich nicht zu täuschen, wenn ich die Hoffnung ausspreche, dass die diesjährige Epidemie in dieser Beziehung Nutzen bringen wird. Wir wissen nun, welche die strittigen Punkte sind und auf welche Umstände wir bei der Beobachtung der gegenwärtigen Epidemie unsre Aufmerksamkeit zu lenken haben, um eine Entscheidung herbei zu führen. Auch jetzt schon liegen die Ergebnisse einiger Forschungen vor, welche vielleicht geeignet sind, die Cholerafrage ein wenig zu fördern. Namentlich ist es Hüppe, welchem wir eine wesentliche Bereicherung der Biologie des Cholerapilzes verdanken. Hüppe und seine Schüler haben nämlich nachgewiesen, dass bei der Cultivirung der Cholerabacillen auf verschiedenen Nährböden, bei verschiedener Temperatur und bei stärkerer oder geringerer Sauerstoffzufuhr die Wuchsform der Bakterien eine sehr verschiedene ist, so dass die typische Kommagestalt ganz unkenntlich werden kann. Hieraus erklärt sich die von Cunningham constatirte Thatsache, dass auch in den menschlichen Choleradejectionen durchaus nicht immer die typischen Kommabacillen, welche Koch ursprünglich für allein charakteristisch hielt, sondern auch andere Formen vorkommen, die jedoch keine fremde Species von Mikroben, sondern nur eine andre Erscheinungsform der echten Cholerabacillen darstellen. Demselben Forscher verdanken wir die Erkenntniss, dass auch die specifische Virulenz und die Widerstandsfähigkeit der Bakterien gegen schädigende Einflüsse unter verschiedenen Lebensbedingungen sehr variabel ist. Der typische Koch'sche Kommabacillus, welcher im sauerstoffarmen Darminnern wächst, besitzt eine sehr grosse Virulenz und Ansteckungsfähigkeit, ist aber, wie wir gesehn haben, gegenüber den Wirkungen der Magensäure und der Austrocknung, so wie bei der Concurrenz mit andern saprophytischen Bakterien, nur wenig widerstandsfähig. Diese Eigenschaften bewahrt er auch bei der anaëroben Züchtung im Hühnerei. Dagegen nimmt die Production des specifischen Choleratoxins, welche im Darm und im Hühnerei energisch vor sich geht, sehr bald ab, wenn man den Bacillus auf beliebigen andern Nährböden bei Luftzutritt züchtet; bei dieser aëroben Art der Züchtung gewinnt er aber an Widerstandsfähigkeit und Lebenszähigkeit und kann sogar Arthrosporen produciren, die wir als eine Art Dauerform des Bacillus ansehen dürfen. Durch diese Entdeckung wird, wie mir scheint, eine fühlbare Lücke in der Koch'schen Beweisführung geschlossen. Das Auftreten der, namentlich zu Beginn einer Epidemie, häufigen sporadischen Erkrankungen, welche längere Zeiträume zwischen sich lassen, wird uns nun verständlich, während sie bei der Koch'schen Lehre von der kurzen saprophytischen Lebensdauer der Bakterien nur schwer zu erklären war. Auch die zunehmende Bösartigkeit der Erkrankungen während des Ansteigens einer Epidemie, ist nun leicht zu begreifen, wenn wir bedenken, dass die Krankheitsträger der ersten vereinzelten Fälle durchschnittlich solche sein müssen, die schon längere Zeit ein aërobes, saprophytisches Dasein geführt, und dabei ihre Virulenz theilweise eingebüsst haben, während späterhin, wo massenhaft virulente, direct aus dem Darm stammende Bakterien an die Aussenwelt abgesetzt werden, schwerere Erkrankungen sich häufen, weil die Chance, dass virulente, erst kürzlich aus dem Darm entleerte Bakteriensaaten wieder in den Darm eines andern Menschen hineingelangen, jetzt grösser ist.

Noch auf einen weitern Punkt möchte ich aufmerksam machen: Die Annahme, dass der Cholerabacillus längere Zeit als bisher geglaubt wurde, im Erdboden existiren und sich, wenn auch in abweichender Form, ernähren und sich vermehren kann, hat nach den Hüppe'schen Untersuchungen nichts Unwahrscheinliches mehr; warum sollte die eine Bodenart dem Bacillus nicht mehr zusagen können als eine andere? Finden wir doch dieses Verhalten in der ganzen Pflanzenwelt als Regel verbreitet. Eine jede Pflanze verlangt zu ihrem Gedeihen eine passende Bodenbeschaffenheit. Und

wenn nun der Bacillus in einem geeigneten Erdboden vegetiren und sich in demselben gar vermehren kann, warum sollte da eine Infection der Menschen vom Erdboden aus, etwa durch Vermittelung des Grund- und Brunnenwassers nicht auch möglich sein? Ich muss gestehen, dass ich mich trotz Koch von einer derartigen Annahme nicht los machen kann und mit Hüppe der Ueberzeugung bin, dass die Koch'sche Lehre von der Belanglosigkeit der Bodenbeschaffenheit für die Verbreitung der Cholera einer starken Einschränkung bedarf.

Zu dieser Ueberzeugung hat mich schon vor Jahren das Studium der von Weyrich (Dorpater medic. Zeitschr. Bd. IV. 1873) trefflich beschriebenen Dorpater Choleraepidemie vom Jahre 1871 geführt.

Leider ist diese Arbeit nicht so bekannt geworden wie sie es verdiente; aber weil sie auf sehr gewissenhaften Beobachtungen beruht und die einzelnen Krankheitsfälle der Epidemie in Bezug auf ihre ätiologischen Zusammenhänge aufs Genaueste darlegt, so lohnt es sich wohl auf dieselbe näher einzugehen und sie im Licht unsrer heutigen Anschauungen zu betrachten.

(Cfr. den beiliegenden, der Weyrich'schen Arbeit entnommenen Plan der Stadt Dorpat, in welchem die von der Epidemie ergriffenen Stadttheile durch rothen Druck bezeichnet sind).

Die Stadt Dorpat, welche im Jahre 1871 etwa 22,000 Einwohner zählte, liegt zum grössten Theil in der Flussniederung des Embachthales. Die sanften Abhänge desselben rücken da, wo die Stadt gelegen ist, weiter auseinander und lassen ein ausgedehntes Sumpfterrain zwischen sich, auf welchem sich zu beiden Seiten des Flusses die ärmeren Stadttheile ausdehnen, während die übrige Stadt höher liegt und sich, allmählich die Hügelabhänge hinaufziehend, zum Theil noch auf das umgebende Plateau ausdehnt. Der niedrig gelegene ärmere Stadtbezirk ist auf beiden Flussufern häufigen, einige Partien desselben sogar jährlichen Frühlingsüberschwemmungen ausgesetzt. Die Wasserversorgung der Stadt geschieht durch Brunnen, die zum grossen Theil nur wenig tief sind und direct das in den sumpfigen Stadttheilen sehr hoch stehende Grundwasser schöpfen. Eine Wasserleitung giebt es nicht.

Was nun die Epidemie von 1871 betrifft, so dauerte dieselbe vom 9. August bis zum 8. November, während welcher Zeit im Ganzen 160 Cholerafälle vorkamen. Die Seuche trat, wie auch anderwärts, überwiegend in Herden auf, die sich auf einzelne Häuser beschränkten und als Hausepidemien bezeichnet werden können. Im Ganzen sind 52 Häuser heimgesucht worden, und von diesen 52 Häusern betheiligten sich 22 mit je einem (isolirten) Fall, während in 8 Häusern je zwei Fälle, in 7 Häusern je drei Fälle und in 15 Häusern je vier bis sechszehn Fälle vorkamen. Was die Verbreitung der Epidemie anlangt, so hat dieselbe sich gewisse topographisch ziemlich genau abgegrenzte Gegenden der Flussniederung zu ihrem ausschliesslichen Tummelplatz gewählt, während sie die höher gelegenen Stadtgebiete, in denen zerstreut nur neun isolirte Erkrankungsfälle vorkamen, als Epidemie durchaus verschonte. Man kann daher von folgenden «Cholerabezirken» sprechen: Der erste Cholerabezirk ist auf dem rechten Embachufer gelegen und zieht sich von der Holzstrasse über die Fischer- und Marktstrasse bis in die Alexanderstrasse hinein. Dieser Bezirk lieferte 90 Erkrankungen, welche sich auf 22 Häuser vertheilten. Die Häuser liegen hier meistens eng bei einander und sind dicht bewohnt. Der zweite Cholerabezirk liegt dem erstgenannten gegenüber, auf dem linken Embachufer und umfasst ein weniger bebautes, von umfangreichen Gemüsegärten durchzogenes Terrain, welches sich, der Strassenanlage entsprechend, das Embachufer entlang, durch die Linden- und Annenhofsche Strasse hinzieht. Dieser Bezirk lieferte, auf 17 Häuser vertheilt, 51 Erkrankungen. Der dritte Cholerabezirk, gleichfalls auf dem linken Embachufer gelegen, beschränkte sich auf die Malz-Mühlenstrasse und lieferte nur 10 Kranke, welche sich auf vier Häuser vertheilten.

Diese drei Cholerabezirke bieten sehr übereinstimmende Verhältnisse dar, durchgängig Sumpfboden und schlechtes Trinkwasser. Ihre Einwohner gehören dem niedern Proletariat an und wohnen in elenden, überfüllten, schmutzigen und schlecht gelüfteten Häusern. Von den 43 cholerainficirten Häusern, welche sich auf diese drei Bezirke vertheilen, haben 13 nur je einen Krankheitsfall aufzuweisen, in den übrigen 30 Häusern kamen, wie schon gesagt, je zwei bis sechszehn Cholerafälle auf ein Haus; in dem grössten Theil der den drei Cholerabezirken angehörigen inficirten Häuser haben sich also die Cholerafälle wiederholt und kleine Hausepidemien bewirkt.

Es bleiben nun noch die 9 sporadischen Erkrankungen übrig, welche in der übrigen Stadt zerstreut vorkamen; sie blieben sämmtlich vereinzelt und keiner hat eine weitere Erkrankung der Hausgenossen, noch auch eine Infection benachbarter Häuser nach sich gezogen.

Die geschilderte Ausbreitung der Epidemie und die Anhäufung der Erkrankungen gerade in solchen Gegenden, die sich sämmtlich im Gegensatz zu fast allen übrigen nicht inficirten Stadttheilen, durch ungünstige Bodenverhältnisse auszeichnen, giebt doch Manches zu denken. Schmutz und Armuth herrscht auch in andern Theilen Dorpats, namentlich im ganzen übrigen, auf dem linken Embachufer gelegenen Stadttheil. Die einzige ersichtliche Differenz besteht nur darin, dass der letztere höher gelegen und den Ueberschwemmungen nicht ausgesetzt ist. Der erste und der zweite Cholerabezirk dagegen, ziehen sich wie jedem Dorpatenser, der einen Blick auf den beigefügten Stadtplan thut, sofort einleuchten wird, an der Grenze desjenigen Stadtgebietes hin, welches von den Flussüberschwemmungen heimgesucht zu werden pflegte. Dasselbe lässt sich von dem Cholerabezirk der Malz-Mühlenstrasse sagen. Ich muss gestehen, dass ich nicht einsehe, wie ein stricter Anhänger der Koch'schen contagionistischen Lehre, diese Beschränkung der Epidemie auf bestimmte engumgrenzte Stadtbezirke erklären will. Dass Hausepidemieen durch mehr oder weniger directe Uebertragung des Krankheitsvirus, wie Koch sie annimmt, zu Stande kommen können, will ich gern zugeben; wenn aber dies die einzige Verbreitungsweise der Cholera sein sollte, dann ist es mir unverständlich, warum unter 43, zu den beschriebenen Cholerabezirken gehörigen Häusern, 30 eine mehr- und sogar vielmalige Erkrankung aufwiesen, während von den 9 in den nicht ergriffenen Stadttheilen gelegenen cholerainficirten Häusern, kein einziges von einer Hausepidemie heimgesucht wurde. Sollten die Einwohner der neun letzterwähnten Häuser wirklich mit den Cholera-Dejectionen so viel vorsichtiger umgegangen sein, als die Bewohner der Cholerabezirke? Das scheint mir doch sehr unwahrscheinlich. Ich kann mir die Sache nur mit Hülfe der Annahme erklären, dass sich in den Häusern, wo sich Hausepidemieen entwickelten, ausser der directen Uebertragung des Virus, noch andre Infectionsquellen aufgethan haben müssen, welche in den Häusern mit isolirten Erkrankungen fehlten.

Warum liegen ferner die Häuser, in denen Massenerkrankungen vorkamen, alle nahe bei einander? Auch diese Frage ist nach der Koch'schen Lehre kaum zu beantworten. Der nachbarliche Verkehr allein kann das nicht bewirkt haben, denn wir wissen, dass durch andere contagiösen Krankheiten z. B. die Pocken, deren Ausbreitung durch den Verkehr vermittelt wird, zwar auch Hausepidemien entstehen, aber niemals einzelne Stadtbezirke so ausschliesslich ergriffen werden, wie hier bei

der Cholera. Gemeinsame auf die Cholerabezirke beschränkte Bezugsquellen der Nahrungsmittel, wie etwa der Milch, sind nicht anzunehmen und ebensowenig kommt eine gemeinsame Benutzung des Trinkwassers hier in Betracht, denn fast jedes Haus besitzt seinen eigenen Brunnen. Die Koch'sche Lehre lässt uns hier im Stich und wenn wir nicht annehmen wollen, dass der Grund und Boden bei der Verbreitung des Choleravirus eine Rolle gespielt hat, so müssen wir überhaupt auf eine Erklärung der eigenthümlichen Localisation unserer Epidemie verzichten. Ich sehe mich zu der Annahme gezwungen, dass der sumpfige Untergrund der inficirten Stadttheile dem Cholerabacillus einen bessern Nährboden geboten hat, als das trocknere Areal der übrigen Stadt. Und wenn man fragt, wie der Bacillus dann wieder aus dem Boden in den erkrankenden Menschen gelangt ist, so glaube ich, dass das hochstehende Grundwasser und die Brunnen die Vermittlerrolle gespielt haben. Mit unsern heutigen Kenntnissen von den Lebenseigenschaften des Cholerabacillus steht diese Annahme keineswegs im Widerspruch. In diesem Sinne theile ich den alten Volksglauben, dass Choleraepidemieen durch Brunnenvergiftung zu Stande kommen können. Aber freilich, je mehr die altmodischen, bei jedem Hause und Gehöft befindlichen Einzelbrunnen durch rationelle Wasserleitungen ersetzt werden, desto seltener muss jene Entstehungsweise der Epidemieen zur Beobachtung kommen.

Ein ausschliesslicher Anhänger der Bodentheorie bin ich aber noch lange nicht. Der Möglichkeiten giebt's viele und offenbar entwickeln und verbreiten sich die verschiedenen Choleraepidemien nicht alle auf den gleichen Wegen

Vielmehr kann ich Ihnen über eine Choleraepidemie berichten, welche mit Bodenbeschaffenheit und Grundwasser nichts zu thun hatte, sondern durch das Trinkwasser einer Wasserleitung verursacht wurde. Der Fall scheint mir so eindeutig, dass er eine Veröffentlichung an dieser Stelle verdient.

Es handelt sich um eine Epidemie, die sich im Winter 1871/1872 in Reval abspielte. (cfr. den beigefügten Plan der Stadt Reval, in welchem die inficirte Wasserleitung roth gedruckt ist).

Die zu Anfang der siebziger Jahre etwa 35000 Einwohner zählende Stadt Reval liegt am Nordufer der aus steil abfallenden Kalkfelsen bestehenden Küste Estlands, am finnischen Meerbusen. Das Kalkfelsplateau Estlands tritt hier in weitem, nach Norden offenen Halbkreis vom Meeresufer zurück und lässt eine aus Dünensand bestehende, etwa 8—10 Kilometer im Durchmesser haltende, nach Norden zum Meer offene Tiefebene frei, in deren Mitte die Stadt Reval gelegen ist. Dieselbe besteht aus der noch jetzt theilweise von mittelalterlichen Thürmen und Mauern umgebenen Altstadt, und ausgedehnten Vorstädten, die nach allen Richtungen von den nach Narva, Dorpat, Pernau und Baltischport führenden Chausseen durchschnitten werden. Das Südende der Altstadt bildet eine ganz isolirt aus der Tiefebene sich erhebende aus Kalkstein bestehende Klippe, der sogenannte Domberg, deren Höhe etwa 80 Fuss über dem Niveau der übrigen Altstadt liegt und ein flaches etwa $^1/_2$ Quadrat-Kilometer grosses Hochplateau darstellt. Auf diesem Plateau steht das alte Comthurschloss des einstigen Schwertbrüderordens, das jetzt theils als Sitz des Gouverneurs und mehrerer Verwaltungsbehörden, theils als Gefängniss benutzt wird. Der übrige Raum des Plateaus wird von Privathäusern und der Domkirche eingenommen und besass zur Zeit der in Rede stehenden Epidemie ausser ein paar alten, sehr tiefen, kaum benutzbaren Brunnen keinerlei Wasserleitung, so dass das Gebrauchswasser mit Pferd und Tonne angeführt werden musste. Als Trinkwasser diente den Bewohnern des Domberges eine Quelle, (die s. g. Karriquelle), die am Südostrande der Altstadt in der Tiefebene entspringt. Was die Wasserversorgung der übrigen Stadt betrifft, so erhielt dieselbe seit Alters ihr Wasser aus einem etwa drei Kilometer entfernten südlich von der Stadt auf der Höhe des estländischen Plateaus gelegenen See. Von hier wurde das Wasser vermittelst eines oberirdischen gemauerten Kanals, welcher sich zwischen der dörptschen und pernauschen Strasse hinzog und in seinem Lauf durch die, um die Stadt herumgelegenen Wiesen offen, von der Grenze der bebauten Vorstadt an, aber gewölbt war. In seinem Verlauf durch die Vorstadt speiste derselbe mehrere, in der Nähe der Rosenkranzstrasse gelegene offene Brunnen, von denen sich der letzte, der sogenannte Arrestantenbrunnen, hart am Fusse des Domberges befindet. Aus diesem Arrestantenbrunnen bezogen die Bewohner des Domberges, und unter ihnen auch die Insassen des Gefängnisses ihr Gebrauchswasser. Von den Gefangenen wurde das letztere auch zum Trinken benutzt, während die übrigen Bewohner des Doms ihr Trinkwasser meist aus der schon erwähnten Karri-Quelle bezogen, welche ein reineres und wohlschmeckenderes Wasser lieferte. Jenseit des Arrestantenbrunnens theilte sich die Wasserleitung in mehrere Arme, von denen der eine am Süd- und Ostrande der Altstadt, ausserhalb der Stadtmauern, unterirdisch hinzieht und sich schliesslich ins Meer ergiesst, während die übrigen sich unter der Altstadt vertheilten und die offenen Brunnen der Stadt speisten. In den 60. Jahren wurde eine neue, gleichfalls aus dem schon genannten See entspringende Wasserleitung angelegt; dieselbe bildet ein allen Anforderungen der Neuzeit entsprechendes geschlossenes Röhrensystem, dessen Netz den grössten Theil der Vorstädte, sowie die Altstadt, mit einziger Ausnahme des Domberges, mit gutem Wasser versorgt. Da die alte Wasserleitung nunmehr zum grössten Theil unnütz geworden war, so wurden die offenen Brunnen derselben geschlossen. Nur die bei der Rosenkranzstrasse befindlichen Brunnen und der Arrestantenbrunnen, welcher von den Bewohnern des Domberges nicht gemisst werden konnte, blieben zur fernern Benutzung offen. Das Wasser dieser alten Leitung wurde also nur noch von den Bewohnern der Gegend der Rosenkranzstrasse und von den Arrestanten des Schlossgefängnisses als Trinkwasser benutzt.

Die letzte Choleraepidemie in Reval, welche, wie fast immer von Petersburg eingeschleppt worden war, gewann nur eine geringe Ausdehnung und kam im Spätherbst des Jahres 1871 zum Ausbruch. Sie begann am 4. Oct. und erreichte ihr Ende mit dem 21. November; im Ganzen kamen nur 86 Erkrankungen zur Anzeige, von denen 32 genasen und 54 starben. Diese kleine Epidemie sollte jedoch noch ein Nachspiel haben. Kurz vor Weihnachten hatte man bei der Reinigung der Abtrittsgrube der für die Behandlung der Cholerakranken benutzten Baracke des Hospitals des Collegiums der allgemeinen Fürsorge (Stadthospital) den Inhalt derselben unerlaubter und heimlicher Weise auf die Wiesen abgeführt, durch welche der offene Kanal der alten Wasserleitung sich hinzieht. Hier war der Grubeninhalt einfach auf den Schnee ausgegossen worden, nicht sehr weit von der Wasserleitung. Als nun, unmittelbar vor Weihnachten plötzlich starkes Thauwetter eintrat, musste sich das verunreinigte Schneewasser zum Theil in den Wasserleitungskanal ergiessen. Schon am 24. December kam ein Cholerafall in Behandlung, die Zahl der Fälle mehrte sich rasch und zwar im Rayon der alten Wasserleitung welche. wie wir gesehen die dort befindlichen Brunnen speiste. Am auffallendsten war die Erkrankung zahlreicher Arrestanten des Schlossgefängnisses auf dem Domberg, welcher Stadttheil in den früheren Choleraepidemien immer verschont geblieben war und deshalb für immun galt. Nächst dem kamen die

meisten Erkrankungen in der Rosenkranzstrasse und deren nächster Umgebung vor. Die übrige Stadt blieb von der Epidemie verschont. Wie viel Erkrankungen an der Cholera unter den Bewohnern des Domberges, abgesehen von den Gefangenen, vorgekommen sind, habe ich nicht erfahren können. Jedenfalls können es nur sporadische Fälle in geringer Zahl gewesen sein.

Die in Folge dessen angeordnete Untersuchung ergab die oben angeführte Unordnung der Abfuhr und liess das Wasser der alten Wasserleitung als die Quelle des erneuten Ausbruchs der Cholera erkennen. Sofort wurden nun sämmtliche von der erwähnten Leitung gespeiste Brunnen geschlossen und der Zufluss des Schneewassers in den Wasserleitungskanal durch Aufschüttung eines Dammes verhindert. Am 16. Februar 72 kam der letzte Cholerafall vor und hiermit erlosch die Epidemie. Im Ganzen waren vom 24. December 1871 bis zum 16. Februar 1872 145 Personen (darunter gegen 80 Arrestanten) erkrankt, und von ihnen 63 genesen und 82 gestorben.

Ein Einzelfall aus dieser Epidemie mag noch erwähnt werden, weil seine Genese sehr klar zu sein scheint. Ein junger Mann (Baron P., auf dem Domberge wohnhaft), hatte seit Wochen an einer Kniegelenksentzündung zu Bette gelegen und keinerlei Verkehr mit choleraverdächtigen Personen gehabt; eines Tages war sein Trinkwasser, welches aus der Karri-Quelle bezogen wurde, ausgegangen und er entschloss sich dazu, aus dem Waschkrug, der mit Wasser aus dem Arrestantenbrunnen gefüllt war, seinen Durst zu löschen. Danach erkrankte er an der Cholera, von der er übrigens genas. Seine Eltern und Geschwister mit der Dienerschaft hatten kurz vorher die Stadt verlassen und waren auf ihr Gut hinausgezogen; dort erkrankten alsbald eine Magd und ein Diener, welche in der Stadt ebenfalls das Wasser aus der alten Leitung zum Trinken benutzt hatten, an der Cholera. Die Magd starb.

Für die Zuverlässigkeit der angeführten Daten kann ich volle Garantie übernehmen, da sie mir von meinem Oheim Dr. J. Dehio in Reval, freundlichst zur Veröffentlichung mitgetheilt sind; derselbe war zur Zeit der Epidemie Gehilfe des Medicinalinspectors von Reval und hat die ganze sanitätsärztliche Untersuchung genau verfolgt.

Da seit der von Maragliano geschilderten Leitungswasser-Epidemie in Genua (cfr. 4. Sitzung der Choleraconferenz in Berlin 1885. Berlin. Klin. Wochenschr. Nr. 37. b.) keine derartigen Ausbrüche der Cholera meines Wissens mehr gemeldet worden sind, so dürfte der vorstehende Revaler Fall gewiss Interesse und Beachtung verdienen. Wenn man an denselben eine derartige, scharfe Kritik legen will, wie sie von Pettenkofer auf der genannten Conferenz gegen die Genueser Epidemie angewandt worden ist, so werden sich ja gewiss auch hier Lücken in der Stringenz der Beweisführung finden. Wir haben es eben nicht mit einem wissenschaftlichen Experiment zu thun, dessen Bedingungen wir nach unserm Belieben einrichten können und das daher auch gegen die schärfste Kritik gewappnet sein muss, sondern es liegt uns eine gute, aber immerhin zufällige naturhistorische Beobachtung vor, die vorurtheilsfrei verwerthet sein will. Ich glaube, dass jeder unbefangene Kritiker darin mit mir übereinstimmen wird, dass die geschilderte Revaler Epidemie ihre einfachste und natürlichste Erklärung in der Annahme einer Verunreinigung des Wassers der alten Wasserleitung durch Choleradejectionen findet.

Referate.

Martin B. Schmidt (Strassburg): Anatomisches und Bakteriologisches über Pyelonephritis. (Verhandlungen des elften Congresses für innere Medicin 1892).

Vortragender macht darauf aufmerksam, dass das häufigste Bild derjenigen Pyelonephritis, welche sich an eine primäre Cystitis anschliesst, anatomisch und ätiologisch eine besondere Stellung gegenüber den eitrigen Processen einnimmt. In einem nach einer Perforation eines parametritischen Exsudates in die Blase entstandenen Fall waren z. B. schon für das blosse Auge deutlich scharf umschriebene keilförmige Herde in der Rindensubstanz, sehr ähnlich Infarkten, bemerkbar, die aus der Tiefe der Marksubstanz, bisweilen aus den Papillenspitzen emporstiegen und von einer dunkelgefärbten Gewebszone umsäumt waren. In den keilförmigen Partien war mikroskopisch eine Nekrose des Nierenparenchyms, dessen Zellen vorher vielfach gwuchert waren, jedoch Nichts von eitriger Einschmelzung bemerkbar. Die dunkelgefärbte umgebende Schicht bot das Bild einer demarkirenden Entzündung, die hier und da schon zur Ablösung des Abgestorbenen geführt hatte. In einem zweiten Fall fanden sich ausgedehnte Nekrosen in den Papillen und kann hier bekanntlich die demarkirende Eiterung die Abstossung ganzer Papillentheile ins Nierenbecken hinein bewirken. Im dritten Fall finden wir Papillennekrose combinirt mit kleinen weissen, erweichten oder noch soliden Rindenherden. Untersucht man letztere mikroskopisch, so erkennt man als Anfangsstadien des Processes auch hier Epithel-Wucherung und -Nekrose, welche gelegentlich noch an intactes Nierenparenchym anstösst, andere Male aber von einer eitrig infiltrirten Zone umgrenzt wird. Ist die Nekrose klein, so kann sie schliesslich in der demarkirenden Eiterung untergehen und ein Abscess resultiren, in dessen Inhalt keine gröberen Parenchymtheile mehr zu entdecken sind.

In allen diesen Fällen handelte es sich nicht um einen von vornherein eitrigen Process, sondern um eine sequestrirende Entzündung. Auch ätiologisch grenzen sich diese Fälle von Pyelonephritis von der einfach eitrigen Erkrankung ab, indem in den Nieren mit sequestrirender Entzündung sich keine Spur von Eiterkokken, sondern ausschliesslich Bacillen, stets kurze Stäbchen mit der Neigung, zu zweien aneinander zu hängen, vorfanden, und diese Diplobacillen traten in den mikroskopischen Nierenschnitten gewöhnlich sehr reichlich auf. Durch die Localisation der Bacillen in den Herden wurde der Verdacht einer secundären, etwa postmortalen Einwanderung unschädlicher Mikroorganismen aus dem Harne in das schon nekrotische Gewebe ausgeschlossen, was noch durch die Beobachtung unterstützt wurde, dass die Bacillen mit dem absterbenden Gewebe allmählig zu Grunde gingen. Das beste Zeugniss von der prämortalen Existenz und der Pathogenität der Diplobacillen legte der eine Fall ab, in welchem sich an eine Pyelonephritis mit Papillennekrose eine Pyämie angeschlossen hatte, und aus dem vereiterten Kniegelenke als Reinkultur Diplobacillen zu züchten waren von derselben Gestalt und Färbbarkeit, wie sie in der Niere und einem metastatischen pneumonischen Herde sich mikroskopisch sehr reichlich nachweisen liessen.

Es handelte sich in den verschiedenen Beobachtungen nicht um einen einheitlichen Diplobacillus, sondern um mehrere Arten, allerdings mit Wiederholung einzelner derselben in mehreren Fällen. Durch die Reinzüchtung auf künstlichem Nährboden konnten bisher 3 wohlcharakterisirte Formen aufgefunden werden. Keiner der Diplobacillen verflüssigte die schrägerstarrte Gelatine, aber einer wuchs in flächenhafter Ausbreitung mit ausgebuchteten Rändern, die zwei anderen mehr nach der Dicke des Impfstriches. Zwei Arten der Bacillen besassen im hängenden Tropfen lebhafte Eigenbewegung, der dritte nicht, ebenso tödteten erstere bei intraperitonealer Injektion Meerschweinchen rasch, der dritte liess dieselben gesund. Dagegen war die Art der Färbbarkeit übereinstimmend, indem sie nach Gram nicht und mit den gewöhnlichen Anilinfarben schwer zu tingiren waren; am besten gelang die Färbung mit Löffler'scher Lösung. Besonders auffallend war die Eigenschaft zweier der Diplobacillen, welche an den Culturen sich leicht erkennen liess, indem sie auf Nährgelatine Ammoniakentwickelung herbeiführten, was durch Lakmuspapier und den charakteristischen Geruch der Culturen nachzuweisen war. Ferner veranlassten diese zwei Arten von Bacillen auf frischbereiteter Gelatine schon in wenigen Tagen Bildung von Krystallbüscheln, wie sie sonst in Culturen anderer Bakterienarten erst nach viel längerer Zeit beim Austrocknen des Nährbodens auftreten.

Dass die Diplobacillen der Nieren aus den Harnwegen stammten, unterlag keinem Zweifel, und man darf annehmen, dass das gebildete Ammoniak die nekrotisirende Wirkung auf das Parenchym ausübte, indem der Urin innerhalb des Nierenparenchyms dort, wo Bacillen lagen, in statu nascendi zersetzt wurde und sein ammoniakalisches Umwandlungsprodukt in Wirksamkeit trat.

Das Thierexperiment unterstützte durchaus die Annahme der ursächlichen Bedeutung der Diplobacillen, nur war natürlich der Ausfall der Versuche abhängig von der Virulenz der verschiedenen Arten. Zwei derselben nämlich, welche sich für Meerschweinchen bei intraperitonealer Injection als pathogen erwiesen, führten auch beim Kaninchen nach Ureter-Injection binnen $\frac{1}{2}$—$1\frac{1}{2}$ Tagen allgemeine septische Erkrankung mit tödtlichem Ausgang herbei, wobei schon z. B. in 12 Stunden sich Diplobacillen durch die ganze Niere bis zur Rinde inner-

halb der Harnkanälchen verbreitet hatten, und die erste Wirkung in Wucherung und Nekrose bestand. Mit der 3. Art, welche für Meerschweinchen unschädlich war, liessen sich beim Kaninchen die Versuche länger ausdehnen und es konnten mit derselben Nierenveränderungen erzielt werden, welche ganz dem Bilde der menschlichen Pyelonephritis glichen und mikroskopisch sich als eine Epithelwucherung und Nekrose, gefolgt von entzündlicher Infiltration, documentirten. Der für die infektiöse Pyelonephritis des Rindes von Enderlea beschriebene Bacillus, welcher nach subcutaner Injection bei Kaninchen Nekrose hervorruft, schien mit keinem der hier genannten Bacillen identisch zu sein. C. Tomberg.

C. Beck (New-York): Ueber Darmresection bei gangränösen Hernien. (New-Yorker medicinische Monatsschr. Nr. 7. 1892).

Die Frage, ob man bei gangränösen Hernien reseciren oder einen Anus praeternaturalis anlegen soll, wird immer vielfach discutirt und ist daher jeder Beitrag dazu willkommen. Verf. beschreibt folgende 4 Fälle:

1) 57jährige Wittwe, leidet seit 30 Jahren an einem Nabelbruch. Es hatten mehrfach Entzündungsvorgänge stattgefunden, die Adhaesionen hinterliessen. Schliesslich trat eines Tages Incarceration ein, schliesslich Kothbrechen. An Reposition nicht zu denken. Nach Magenausspülung wird zur Operation geschritten. Erst nach Lösung und Unterbindung vieler Adhaesionen gelangt man zum Bruchringe. Am eingeklemmten Darm eine 5 Cent. grosse blau-schwarze Stelle, die beim Reinigen berstet. Verf. entschloss sich zur Darmresection, legte die Rydygier'schen Commpressorien an, schnitt im gesunden Gewebe und legte die Czerny'sche Doppelnaht mit Jodoformseide an. Darauf Exstirpation des Bruchsackes nebst einem grossen Hautstück. Darauf Annähen der Nahtstelle an den Bruchring. Verschluss der Wunde und Druckverband. Operationsdauer 2 Stunden. Am dritten Tage Verbandwechsel, am folgenden Tage Darminhalt in der Wunde. Es werden nekrotische Fetzen entfernt. Eine Woche nach der Operation $^2/_3$ der Wunde verheilt, das 3. Drittel von einem wohletablirten Anus praeternaturalis eingenommen, der erst nach 3 Monaten, nachdem Patientin sich erholt, geschlossen mit glattem Verlauf.

2) 45jähriger Mann. Seit 4 Jahren eine kleine rechtsseitige Hernie. Incarceration. Herniotomie. Die eingeklemmte Stelle blau-schwarz, matsch. Resection eines 5″ langen Darmstückes, 27 Nähte, Operationsdauer $1^1/_2$ Stunde. Heilung nach vier Wochen.

3) 76jährige Frau. Seit 20 Jahren linksseitige kleine hernia femoralis. Incarceration. 2 Tage darauf Herniotomie. Eine dunkel verfärbte Darmschlinge riss beim Hervorziehen, jedoch erst, nachdem die Compressorien angelegt waren. Resection eines 8″ langen Darmstückes. Operationsdauer $1^1/_2$ Stunden. Am folgenden Tage Kothabgang durch die Wunde. Nach 3 Tagen Tod an Collaps.

4) 43jährige Frau. Seit 2 Jahren rechtsseitige Schenkelhernie. Incarceration. 2 Tage darauf Herniotomie. Der Darm ca. 6″ lang gangränös, das subcutane Zellgewebe oedematös, emphysematös. Anus praeternaturalis angelegt. Operationsdauer $1^1/_2$ Stunde. Tod nach 28 Stunden. Bei der Section findet sich das pravesicale und in der Umgebung des Bruchsackes befindliche Zellgewebe mit übelriechender Flüssigkeit infiltrirt. Peritonitis.

Auf Grund seiner Erfahrungen spricht Verf. sich für die Resection aus, nur muss sie im gesunden Gewebe ausgeführt werden, wobei besonders zu beachten, dass die Blutzufuhr vom Mesenterium erhalten bleibt, deshalb keine Keilexcision. Die Lembert'sche Naht genügt nicht, daher ist stets die Czerny'sche anzulegen. Die Darmnahtstelle ist zur Sicherheit am Bruchringe anzuheften. Da die Technik der Darmresection eine so enorm schwierige, sollte sie Niemand unternehmen bevor er sie nicht am Thiere geübt hat. O. Petersen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Robert Krieg: Atlas der Kehlkopfkrankheiten. Stuttgart. Verlag von Ferd. Enke. 1892.

Die Enke'sche Verlagsbuchhandlung, durch welche die deutsche medicinische Literatur schon um viele und werthvolle Arbeiten und Bücher bereichert worden ist, hat sich neuerdings durch die Herausgabe des vorstehend angezeigten Atlas ein neues Verdienst um unsre Wissenschaft erworben. Es ist ein Prachtwerk, das auf 37 Tafeln 345 Figuren in Farbendruck und 25 Zeichnungen im Text enthält. Ein solches monumentales Werk hat die Laryngologie bis jetzt nicht besessen. Die seitherigen Atlanten der Kehlkopfkrankheiten, die ja, wie jeder Kenner zugeben wird, viele vortreffliche Abbildungen enthalten, leiden an dem Fehler, dass sie sich entweder nur auf einige wenige Krankheiten des Kehlkopfes beschränken, wie z. B. der für die operative Laryngologie grundlegende Atlas von Victor v. Bruns, oder dass sie trotz ihres Bestrebens möglichst alle Erkrankungen des Kehlkopfes in den Bereich ihrer Darstellung zu ziehen, doch nicht so zahlreiche Bilder enthalten, um dieser Aufgabe gerecht zu werden. Vielfach finden wir in ihnen Raritäten und Seltenheiten dargestellt, aber die gewöhnlichen, für die Praxis wichtigsten Krankheitsbilder sind nur selten vertreten und tragen häufig den Stempel des Schematischen. Die undeutlichen, zweifelerregenden Bilder, welche in Wirklichkeit nur zu oft dem laryngoskopirenden Auge begegnen, kommen in den bisherigen laryngoskopischen Bilderwerken nicht genügend zur Geltung, und deshalb lassen sie in diagnostisch unklaren Fällen den rathsuchenden Praktiker häufig im Stich.

Diesen Uebelständen ist Krieg in seinem Atlas auf's Glücklichste ausgewichen. Die grosse Zahl der lebenstreuen, trefflich ausgeführten Abbildungen gestattet es ihm nicht nur das ganze Gebiet der Kehlkopfkrankheiten zu umfassen, sondern auch die verschiedenen Krankheitsformen in ihren einzelnen Stadien durch treffliche Beispiele zu illustriren. Besonders lehrreich sind die Bilderreihen, welche einen einzelnen Krankheitsfall in seinem ganzen Verlauf illustriren und eventuell die Wirkung der Behandlung erkennen lassen. So möchte ich namentlich auf die Darstellung der durch Milchsäure- oder Tuberculinbehandlung oder durch galvanocaustische Eingriffe geheilten Fälle von Larynxtuberculose aufmerksam machen. Vielen Laryngoskopikern werden gewiss auch die Abbildungen der Granulationsgeschwülste und der papillären Wucherungen, welche sich auf dem Boden tuberculöser Geschwüre entwickeln können von grossem Werth sein; ebenso die Wiedergabe der nicht häufig zu beobachtenden und deshalb diagnostisch so schwer zu beurtheilenden milchweissen Flecke, die bei chronischem Larynxkatarrh zuweilen auftreten und vom Verf. als Epithelnekrosen gedeutet werden; ebenso auch die Bilder von Herpes des Rachens und Kehlkopfes sowie von Pharyngomycosis leptothricia. Die wechselvollen Bilder die im Verlauf der tertiären Syphilis durch gummöse Ulceration und Narbenbildung entstehen, sind durch treffliche Beispiele vertreten. So könnte ich den ganzen Atlas durchgehen und auf jeder Seite wäre Lobenswerthes zu erwähnen. Verf. hat sich aber nicht nur auf die laryngoskopischen Bilder beschränkt, sondern, wo es anging, auch die zugehörigen Sectionspräparate wiedergegeben; beim Kapitel von den perichondritischen Erkrankungen, deren anatomische Verhältnisse in vivo oft schwer zu durchschauen sind, ist das besonders nützlich. Mit grosser Zurückhaltung ist der begleitende Text behandelt; dennoch findet sich in demselben eine Fülle interessanten, auf eigner Beobachtung gegründeten Erfahrungsmaterials, wie es nur eine so reiche und langjährige Praxis, wie die des Verf. bieten kann.

Der Atlas ist das Resultat der 15jährigen Arbeit eines, praktischen Arztes, und hierin ist ein Hauptvorzug desselben begründet. Krankenbeobachtungen die sich über Jahre erstrecken, und die bei chron. Krankheiten schliesslich allein eine sichere Beurtheilung des Einzelfalles erlauben, können auf keiner Klinik gesammelt werden, sondern nur in der privaten Praxis. An solchen Fällen ist der Krieg'sche Atlas aber reich; ich mache nur auf die von ihm Jahre lang beobachteten Fälle von mehr oder weniger vollständig geheilter Kehlkopftuberculose aufmerksam.

So wird der Atlas der Kehlkopfkrankheiten von Krieg nicht nur für den Laryngologen von Fach zu einer Fundgrube interessanten Materials, sondern ganz besonders auch für den praktischen Arzt, der bei beschränkter eigner Erfahrung sich in Bilderwerken Rath zu holen gezwungen ist, ein zuverlässiger Führer in schwierigen Fällen sein.

Das Format in Grossquart ist handlich, die Wiedergabe der Bilder mit malerischem Geschick und grosser Naturtreue gelungen. D—o.

The Pharmacology of the newer Materia Medica, embracing botany, chimistry, pharmacy and therapeutics of the new remedies. Compiled and published for circulation among the medical profession. Detroit Mich. 1892, George S. Davis.

Unter diesem Titel liegt ein Buch in Grossoctav von 1507 Seiten engsten Druckes vor uns, welches mit zahlreichen botanischen und pharmakognostischen Figuren und Tafeln versehen ist. Ein eigentlicher Autor ist nicht genannt, jedoch findet sich die Angabe «being the results of the collective investigation of new remedies, as conducted under the ‹working bulletin› system, properly arranged, classified and indexed». Nach dieser sehr bescheidenen Angabe handelt es sich um eine Sammelforschung über die Wirkung neuer Mittel, welche von der bekannten Weltfirma Parke Davis & Comp. in Detroit (Michigan) in den verschiedensten Theilen Amerikas gesammelt und pharmakognostisch und chemisch untersucht worden sind, und über die diese Firma alle vorliegenden Angaben aus der Literatur, die ihr zugängig

waren, hat durch geeignete Gelehrte zusammenstellen lassen. Es ist also eine Art wissenschaftlicher Handelsbericht aber im grossartigsten Massstabe, der auf viele Jahre eine Quelle der Belehrung über neue amerikanische Mittel auch diesseits des Oceans bleiben wird. Im Ganzen sind 131 Substanzen aufgeführt, von denen die meisten pflanzliche Droguen sind. Ich nenne von denselben beispielsweise Adhatoda vasica, Cyperus articulatus, Ailanthus glandulosa, Carum copticum, Laurus persea, Alstonia constricta. Alvelosmilch, Anagallis arvensis, Anhatonium Lewinii, Arecanüsse, Thuja occidentalis, Momordica balsamica, Musa sapientium, Statice brasiliensis, Polymnia Uvedalia, Viburnum prunifolium, Fucus vesiculosus, Asclepias curassavica, Arctium Lappa, Garrya Fremontii, Copernicia cerifera, Jacaranda procera. Picramnia, Simaba, Cedron, Cereus grandiflorus, Sycocaspus Kusbiji, Gynocardia odorata, Turnera diffusa, Piscidia erythrina, Alstonia scholaris, Euphorbia pilulifera, Grindelia robusta, Dipterocarpus turbinatus, Heliantheila tenuifolia, Strychnos malaccensis, Ostrya virginica etc. Man sieht schon aus diesen beliebig herausgegriffenen Beispielen, dass es sich hier um zahlreiche Mittel handelt, von denen der europäische Arzt gar keine Ahnung hat. Um aber auch für ihn das Buch verwendbar zu machen, ist ein therapeutischer Index beigegeben, mit Hülfe dessen sich jeder leicht orientiren kann. Wie ausführlich manche Mittel besprochen sind, davon zeugt, dass z. B. über Coca und Cocaïn 337 Seiten handeln. Was die Berücksichtigung europäischer Literatur anlangt, so ist sie an manchen Stellen recht mangelhaft, z. B. bei Mutterkorn und bei Asclepias curassavica. Indessen ist dies ohne Belang, da wir ja aus dem Buche nur lernen wollen, was man in Amerika über die einzelnen Mittel denkt. Zum Schluss seien die Aerzte Russlands noch auf eins der warm empfohlenen amerikanischen Mittel besonders aufmerksam gemacht, nämlich auf Xanthium strumarium, da dasselbe ein uraltes russisches Volksmittel ist.

R. Kobert.

Franz Friedberger und Eugen Fröhner: Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der Hausthiere, für Thierärzte, Aerzte und Studirende. In 2 Bänden. Dritte vermehrte und verbesserte Auflage. Stuttgart 1892, Ferd. Enke.

Unter den vielen guten Büchern, welche von der rührigen Enke'schen Verlagsbuchhandlung im Laufe des letzten Jahres auf den Markt gebracht worden sind, nimmt das vorliegende stattliche Werk eine hervorragende Stellung ein. Es umfasst auf über 1500 Seiten die ganze specielle Pathologie und Therapie der Haussäugethiere einschliesslich der Literatur der betreffenden Krankheiten. Wie der Titel besagt, ist das Werk nicht nur für Thierärzte sondern ebenso auch für Menschenärzte und Studirende der Medicin bestimmt, hat es doch auch zwei Doctoren der Medicin zu Verfassern, von denen der eine jetzt Professor in München, der andere in Berlin ist. Der enge Gesichtskreis des Studirenden der Medicin und des Arztes wird durch dieses Buch in Bezug auf Pathologie und Therapie eben so erweitert wie er in Bezug auf Anatomie durch das Studium der vergleichenden Anatomie bereichert wird. Freilich gehört es leider in Deutschland zum guten Ton, dass der Menschenarzt die Veterinärwissenschaft als etwas Verächtliches betrachtet, und deshalb wird der grosse Haufe der deutschen Aerzte dies Werk wohl nie zur Hand nehmen. Aber in Dorpat, wo durch eine gesetzliche Vorschrift der Mediciner auch über gewisse Theile der Veterinärwissenschaft eine Vorlesung zu hören und darin ein Examen abzulegen gezwungen ist, liegen die Verhältnisse günstiger. Ferner fordert der ungeheure Reichthum des russischen Reiches an Vieh und der Mangel an Veterinärärzten in vielen Gegenden den Menschenarzt ganz von selbst auf sich auch mit den Thierkrankheiten etwas genauer zu beschäftigen. Bei dieser Beschäftigung sei das vorliegende Lehrbuch aufs Wärmste empfohlen. Dass dasselbe einen internationalen Ruf geniesst, geht schon daraus hervor, dass es ins Französische und Russische übersetzt worden ist und dass Uebersetzungen auch noch in andere Sprachen in Vorbereitung sind. Gegenüber der erst vor wenigen Jahren erschienenen zweiten Auflage hat die vorliegende dritte eine wesentliche Bereicherung namentlich hinsichtlich der Infectionskrankheiten erfahren, auf denen ja gerade die letzten Jahre so viel Neues ans Tageslicht gebracht haben.

R. Kobert.

Vermischtes.

— Der von der Universität Charkow an die militär-medicinische Akademie berufene Professor der medicinischen Chemie. Dr. A. J. Danilewski, ist wie verlautet, vom Medicinalrath des Ministeriums des Innern zum berathenden Mitgliede gewählt worden.

— Am 11. October beging der Professor der pathologischen Anatomie an der Moskauer Universität, wirkl. Staatsrath Dr. Joh. Klein, das 30jährige Jubiläum seiner Lehrthätigkeit an der Moskauer Universität. Bei dieser Gelegenheit wurde dem Jubilar eine 20 Arbeiten seiner Schüler enthaltende Sammlung überreicht, welche der Redacteur des in Moskau erscheinenden medicinischen Journals «Medizinskoje Obosrjenie» herausgegeben hat.

— Am 3. October vollendeten sich 25 Jahre der Lehrthätigkeit und fast 30 Jahre der ärztlichen Thätigkeit des Professors der therapeutischen Hospitalklinik an der Kasanschen Universität, Dr. Michael Chomjakow.

— Ernannt: Das Ehrenmitglied des St. Petersburger Conseils der Kinderasyle, wirkl. Staatsrath Dr. Rohbusch — zum Director des Alexander-Newski-Kinderasyls in St. Petersburg.

— Verstorben: 1) Am 26. September in Ssaratow der Arzt des Fleckens Dubowka (Gouv. Ssaratow) Dr. Eduard Brunn im 57. Lebensjahre am Schlage. Der Hingeschiedene stammte aus St. Petersburg und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1853—57 studirte und den Arztgrad erlangte. Siebzehn Jahre hindurch hat B. in Dubowka prakticirt, wo er sich allgemeiner Liebe und Achtung erfreute. 2) Der Landschaftsarzt des Kreises Poretschje (Gouv. Smolensk), Kudrjawzew. 3) Die Landschaftsärztin des Arsamasschen Kreises Lydia Raibul-Vacaré im Alter von 39 Jahren an Meningitis. 4) und 5) Die in der Reserve der Militär-Medicinalbeamten stehenden Aerzte Wl. A. Shdanow 31 J. alt, und Th. A. Pissarewski 40 J. alt.

— In Odessa wird demnächst eine Abtheilung des ärztlichen Rechtsschutzvereins in's Leben treten.

— In der Gesellschaft der Kiewschen Aerzte sind ernstliche Zerwürfnisse vorgekommen. Wie der «Wratsch» erfährt, sind die Proff. Morosow, Podwyssozki, Ssadowen, Ssikorski, Tschernow, Jakimowitsch, Dr. Poletika und Andere aus der Gesellschaft getreten und beabsichtigen einen neuen medicinischen Verein zu gründen.

— Zum ausserord. Professor der Augenheilkunde an der Jenaer Universität ist der bisherige Docent in Heidelberg, Dr. Wagenmann, und zum ausserord. Professor der medicinischen Poliklinik in Jena der Docent Dr. Krehl in Leipzig ernannt worden.

— Zur Errichtung eines Denkmals für den im Anfang dieses Jahres verstorbenen berühmten Physiologen Prof. E. v. Brücke sind bereits in wenigen Monaten so genügende Beiträge eingelaufen, dass das Comité an die Ausführung desselben gehen kann.

— Als weitere Beweise der Anerkennung, welche die Thätigkeit der Aerzte und des medicinischen Personals während der letzten Choleraepidemie gefunden hat, theilen wir nachstehend noch einige mit. Die Kasansche Stadtduma hat in ihrer Sitzung vom 29. September beschlossen, dem ganzen medcinischen Personals, welches an der Bekämpfung der Cholera theilgenommen hat, ihren Dank und ausserdem dem Stadtarzt Dr. Borissow ihre besondere Erkenntlichkeit auszudrücken. Das Odessasche Kreislandschaftsamt hat dem Sanitätsarzt P. S. Karamenko 500 Rbl. als Gratifikation für die energische Bekämpfung der Cholera in Warwarowka (bei Nikolajew) bewilligt. Die Stadtduma von Nishni-Nowgorod hat im Princip das Project der Sicherstellung der Familien von Aerzten und Personen des Medicinaldienstes, welche ein Opfer der Epidemie geworden, angenommen.

— Der Aufseherin der Irrenanstalt «Nikolai Tschudotworez» E. G. Gulielmi, welche nach 20jährigem Dienst in dieser Anstalt in gleicher Eigenschaft an der Klinik für Geisteskrankheiten bei der militär-medicinischen Akademie angestellt worden ist, sind bei ihrer Verabschiedung zahlreiche Beweise der Anerkennung ihrer bisherigen Thätigkeit zu Theil geworden. Die Aerzte der Anstalt überreichten ihr ein silbernes Tafelservice und ebenso erhielt sie von den Aufseherinnen und Krankenpflegerinnen silberne Werthsachen.

— Die ersten Schritte zur Errichtung einer Heilanstalt für Trinker in Russland sind von der St. Petersburger Gouvernements-Landschaft gemacht worden, welche das Landschaftsamt mit der Ausarbeitung eines bezüglichen Projects beauftragt hat. Wie aus Odessa berichtet wird, beschäftigt sich die Odessaer Gesellschaft zur Bekämpfung der Trunksucht ebenfalls mit dieser Sache.

— Von der militär-medicinischen Akademie werden die Studenten des letzten Cursus der Akademie, welche zur Bekämpfung der Epidemie abcommandirt sind, aufgefordert, sich unverzüglich zur Fortsetzung der Schlussexamina in der Akademie einzufinden. Diejenigen, welche aus irgend einem Grunde wegbleiben, gehen ihrer Stipendien verlustig.

— Nach einer Allerhöchst bestätigten Resolution des Kriegsministers erhalten die Militärärzte, Studenten und Feldscher, welche aus den Bezirken im Innern des Reiches in entfernte Bezirke zur Bekämpfung der Choleraepidemie bereits abcommandirt sind oder noch abcommandirt werden, ihre Remuneration nach dem erhöhten Etat, wie solcher für die in diesen Gegenden dienenden Militärärzte festgesetzt ist.

— An der Berliner Universität sind im letzten Sommersemester (vom 16. April bis zum 15. August 1892) nicht weniger als 154 russische Unterthanen immatriculirt

gewesen, von denen 47 Medicin und 2 Pharmacie und Zahnheilkunde studirten, während die übrigen 105 den anderen Facultäten angehörten. Zu Doctoren sind im Jahre 1891/1892 fünf aus Russland gebürtige Personen promovirt worden, darunter 2 zu Doctoren der Philosophie und 3 zu Doctoren der Medicin. Die medicinische Doctorwürde erlangten dort Moses Mühlmann aus Odessa auf Grund einer Dissertation über Hirnpigmente; Carl Wolter Aschan aus Finland nach Vertheidigung seiner Dissertation «Zur Kenntniss der Homopiperidinsäure» und Nathan Landau aus Mohilew auf Grund einer Dissertation pharmakologischen Inhalts.

— Auf Anordnung der hiesigen Sanitätscommission sind im städtischen analytischen Laboratorium 10 Flaschen Quas (Dünnbier), welche verschiedenen Fabriken und Verkaufslocalen entnommen waren, untersucht und sämmtlich als untauglich zum Genuss befunden worden. In dem Bodensatze einiger derselben sind sogar Theile von Bandwürmern und abgestorbenen Mehlwürmern nachgewiesen worden.

Die Choleraepidemie in Russland ist in dauernder Abnahme begriffen, jedoch weisen einzelne Städte und Gouvernements noch immer eine recht erhebliche Zahl von Cholera-Erkrankungen und Todesfällen auf. An der Spitze der Städte in Bezug auf die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle an der Cholera steht Kiew, wo vom 28. Sept. bis 6. October 154 Personen erkrankten und 47 starben, dann folgt Orel mit 46 Erkrankungen und 22 Todesfällen vom 6.—12. October, St. Petersburg mit 44 resp. 20 Fällen in demselben Zeitraume. Unter den Gouvernements hat das Kiew'sche die meisten Cholerafälle (vom 28. Sept. bis 6. October 1220 Erkrankungen und 458 Todesfälle), nächstdem die Gouvernements Ssamara (vom 5.—12. October 827 resp. 310) und Tambow (624 resp. 265). In St. Petersburg sind in den letzten 3 Tagen täglich nur 2 bis 4 Erkrankungen und nur je 1 Todesfall vorgekommen. Zum 20. October verblieben hier 19 Cholerakranke in den Hospitälern. Nach den officiellen Bulletins betrug die Gesammtzahl der Cholerakranken bis zum 20. October 4058, die der Genesenen 2860 und der Verstorbenen 1226.

In Riga sind die 4 Cholerakranken, die zuletzt noch in Behandlung waren, vor einigen Tagen als genesen entlassen worden und kann somit die Epidemie daselbst als erloschen betrachtet werden.

In Hamburg ist das gänzliche Erlöschen der Epidemie wohl bald zu erwarten.

Neu aufgetreten ist die Cholera in Wien, wo in der vorigen Woche drei Fälle asiatischer Cholera constatirt wurden, von welchen zwei letal verlaufen sind. In Budapest ist die Cholera in stetiger Abnahme begriffen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 18. October d. J. 5406 ([illegible] weniger als in der Vorwoche), darunter 152 Typhus — (27 weniger), 634 Syphilis — (6 weniger), 24 Scharlach — (wie in der Vorwoche), 16 Diphtherie — (3 weniger), 14 Masern — (7 weniger), 8 Pocken — ([illegible] mehr) und 27 Cholerakranke (36 weniger als in der Vorwoche).

Vacanz.

Im Kreise Rshew (Gouv. [illegible]) sind zwei Landschaftsarztstellen erledigt. Gehalt 1000 Rbl. bei freien Amtsfahrten. Der eine Arzt erhält freie Wohnung, der andere 100 Rbl. Quartiergeld. Die Meldung geschieht bei der «Ржевская Уѣздная Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 11. October bis 17. October 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr	Unbekannt.
228	196	424	75	19	60	12	4	9	43	59	49	33	28	23	8	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 4, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 3, Scharlach 7, Diphtherie 1, Croup 2, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 21, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 17, Ruhr 5, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 2, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 79, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 32, Marasmus senilis 16, Krankheiten des Verdauungscanals 30, Todtgeborene 23.

✦ **Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 27. October.**

✦ **Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 16. November.**

Diejenigen Herren, welche der Bibliothek des Vereins St. Petersburger Aerzte die nachstehend aufgezählten Zeitschriften entnommen haben, ohne den betreffenden Vermerk in dem dazu in der Bibliothek ausliegenden Buch zu machen, werden höflichst ersucht, die Zeitschriften zu retourniren oder über ihren Verbleib Mittheilung zu machen.

1. Virchow's Archiv Band 20.
2. Deutsche medicin. Wochenschrift Jahrgang 1882, 1884, 1886, 1887.
3. Berliner klin. Wochenschrift Jahrgang 1880, 1881, 1883, 1888.
4. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Band 27.

Dr. Wanach,
Bibliothekar des Vereins
St. Petersburger Aerzte.

Дозв. ценз. Спб. 24 Октября 1892 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER **Neue Folge IX. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 44 St. Petersburg, 31. October (12. November) **1892**

Zur Trachomstatistik in Livland.

Vortrag, gehalten auf dem IV. Livländ. Aerztetage zu Wenden am 16. September 1892.

Von

Dr. Axel Oehrn.
(Wendau in Livland).

Seitdem das Trachom sich in unseren Provinzen stärker verbreitet hat — nach Rählmann ist es am Anfang dieses Jahrhunderts durch die aus Frankreich zurückkehrenden russischen Truppen eingeschleppt worden [1]) — hat es stets das besondere Interesse der Aerzte wachgehalten. Dafür zeugen zahlreiche Arbeiten, die sich mit der Verbreitung des Trachoms in den Ostseeprovinzen, ganz besonders aber in Livland, beschäftigen. Einerseits finden wir in den Dissertationen von Germann [2]), Stavenhagen [3]) und Anderen statistische Bearbeitungen des Materials der Au[illegible]heilanstalten, namentlich der Dorpater Klinik und der Rei[illegible]rs'schen Anstalt in Riga.

Weiter hat Gustav Reyher 1857 die Dorf- und Parochialschulen der im Dörptschen Kreise belegenen Kirchspiele Lais und Bartholomäi untersucht und bei 62 pCt. der Schüler das Vorhandensein von Trachom constatirt [4]).

Die umfassendsten Untersuchungen über die Verbreitung der Augenkrankheiten, namentlich des Trachoms, in Livland sind aber von den Professoren G. von Oettingen und G. von Samson in den Jahren 1856—59 angestellt worden. Es wurden in den einzelnen Kirchspielen und Gebieten des ganzen Livland an bestimmten Tagen sämmtliche Augenkranke versammelt und untersucht. Die Resultate sind dann von Weiss [5]) und L. von Holst [6]) in ihren Dissertationen bearbeitet worden. Es ergab sich, dass mehr als 1 pCt. der Gesammtbevölkerung Livlands trachomkrank war. In einigen Districten stieg die Zahl sogar bis auf $4^1/_2$ pCt.

Alle bisherigen Untersucher stimmen darin überein, dass für die grosse Verbreitung des Trachom's unter dem Landvolke vorwiegend die hygienisch ungünstigen Lebensbedingungen desselben verantwortlich zu machen sind, namentlich die dunklen niedrigen, beständig von Rauch erfüllten, jeder rationellen Ventilation entbehrenden Wohnräume, wie sie zur Zeit der damaligen Untersuchungen die Regel bildeten. Reyher hat für die von ihm untersuchten Schulen den verderblichen Einfluss dieser Rauchstuben zahlenmässig nachgewiesen, indem er fand, dass in relativ rauchfreien Schulstuben 56 pCt. der Kinder trachomkrank waren, während diese Zahl in rauchigen Stuben bis auf 68 pCt. stieg. Es ist ja auch von vornherein einleuchtend, dass eine beständig gereizte, resp. schon katarrhalische Conjunctiva der Infection mit Trachom weit zugänglicher sein muss, als eine bisher mehr oder weniger intacte.

Nun, m. H., die Lebensverhältnisse unseres Landvolkes sind ja seitdem ganz erheblich bessere geworden. An die Stelle der Rauchstuben von damals sind fast überall Wohnungen getreten, die den Anforderungen der Hygiene weit mehr entsprechen, wenn sie auch noch recht viel zu wünschen übrig lassen. Das geistige Niveau des Volkes hat sich gehoben, der einzelne wendet seinem Körper und seiner Gesundheit mehr Aufmerksamkeit zu, in Folge dessen ist das Bedürfniss nach dem Arzte überall gewachsen und es ist nicht mehr so absolute Regel, dass die Krankheit vernachlässigt wird, so lange sie nicht die Arbeitsfähigkeit in empfindlicher Weise beeinträchtigt.

Angesichts des langen Zeitraumes, der seit den letzten trachomstatistischen Erhebungen verflossen ist, sowie an-

[1]) Rählmann: Ueber Trachom. Volkmann's klin. Vortr. Nr. 263. 1885.

[2]) Germann: Statist. klin. Untersuchungen über das Trachom. 1883.

[3]) Stavenhagen: Klin. Beobachtungen aus der Wittwe-Reimerss'chen Augenheilanstalt zu Riga. 1868.

[4]) G. Reyher: De trachomatis initiis, statisticis de eo notationibus adjunctis. 1857. Dissert.

[5]) C. Weiss: Zur Statistik und Aetiologie der etc. Augenkrankheiten, besonders des Trachoms. 1861.

[6]) L. von Holst: Variae theoriae de trachomatis natura etc. 1856.

gesichts der sicher vorhandenen Fortschritte in hygienischer Beziehung wäre es von grossem Interesse zu erfahren, wie es jetzt mit der Verbreitung des Trachom's in Livland steht und ob namentlich eine Abnahme desselben sicher zu constatiren ist.

Von diesen Erwägungen ausgehend habe ich im Laufe des letzten Jahres eine trachomstatistische Enquête angestellt, über deren Resultate ich Ihnen heute berichten will. Vorher gestatten Sie mir, Ihnen kurz den dabei eingeschlagenen Weg anzugeben.

Die ganze Bevölkerung, resp. alle Augenkranken zu untersuchen, wie es 1856—59 geschehen ist, dürfte jetzt kaum mehr ausführbar sein, weil uns die dazu nöthigen Autoritäten, wie sie damals durch die Gutsverwaltungen repräsentirt wurden, nicht mehr zur Verfügung stehen. Es blieben mir daher zur Ermittelung der Trachomverbreitung nur die beiden anderen oben angeführten, schon früher betretenen Wege übrig. Einmal galt es, die Anzahl der in einem gewissen Zeitraum von den Aerzten Livland's behandelten Augenpatienten, speciell der Trachomkranken zu ermitteln; dann aber weiter die Dorfschulen zu untersuchen, die mir für meinen Zweck besonders geeignet erschienen, weil das in ihnen gebotene Material in sehr gleichmässiger Weise das ganze zur Schule gehörende Gebiet repräsentirt und dieselben ausserdem, namentlich durch Vermittelung der Herren Pastoren, wohl überall den Aerzten zugänglich sind.

In diesem Sinne wandte ich mich im November des vorigen Jahres an sämmtliche auf dem Lande prakticirenden Collegen und sandte ihnen 2 Fragebögen zur Beantwortung zu, von denen der erste sich auf die Verbreitung des Trachom's in den Dorfschulen bezog, der zweite auf die in den letzten 5 Jahren behandelten Augenpatienten. Auf 76 Anfragen habe ich in Bezug auf den ersten Punkt 28, in Bezug auf den zweiten 38 Antworten erhalten.

I.

Was zunächst die Verbreitung des Trachom's in den Dorfschulen anbetrifft, so sind überhaupt untersucht worden ca. 190 Schulen in 35 Kirchspielen und 2 Städten (Fellin und Pernau) mit 11310 Schülern im Alter von 8 bis 18 Jahren. Am meisten, nämlich 2303 Kinder entfallen davon auf den Walk'schen Kreis, weiter folgen: Dorpat mit 2160, Wenden 1738, Werro 1447, Wolmar 1285, Fellin 951, Riga 812 und Pernau mit 614 Kindern. Von diesen wurde bei 1996, also 17,6 pCt. Trachom constatirt.

Sehen wir uns die Vertheilung dieser Zahlen auf die einzelnen Kreise an, so weist der Rigasche Kreis den geringsten Procentsatz auf, nämlich nur 3,6 pCt. Weiter folgt Pernau mit 5,0 pCt., Wolmar 8,7 pCt., Wenden 16,2 pCt., Walk 19,5 pCt., Werro 23,0 pCt., Dorpat 23,6 pCt. und Fellin mit 25,7 pCt. Oesel habe ich garnicht berücksichtigen können, weil es dort überhaupt keine Landärzte giebt.

Von den genannten Zahlen möchte ich die für Wenden (16,2 pCt.) von vornherein beanstanden. Ich erinnere Sie, meine H., an die Thatsache, dass auf dem 2. Livländ. Aerztetage Dr. Jaesche sich an die Wenden'schen Collegen gewandt hat, mit der Bitte, ihm zu Demonstrationszwecken einen Trachomkranken zu verschaffen, aber ohne Erfolg, da sich ein solcher in der Stadt nicht auftreiben liess. In demselben Sinne schreibt mir der College Kiwull aus Wenden, er habe in 9 Monaten nur 4 Fälle von Trachom behandelt, von denen 3 noch obendrein aus dem Wolmar'schen stammten. Wie erklärt sich dem gegenüber die hohe Zahl 16,2 pCt. für den Wenden'schen Kreis?

M. H. In demselben sind im Ganzen in 5 Kirchspielen Schulen untersucht worden und zwar in Alt- und Neu-Pebalg, Erlaa, Serben und Löser. In ersteren 4 Kirchspielen hatten 6,09 pCt. der Kinder Trachom, in Löser dagegen 50,8 pCt.! Der Unterschied ist enorm und wäre der hohe Procentsatz für Löser wohl nur durch ganz besonders ungünstige locale Verhältnisse zu erklären. So lange nur aus 5 von 16 zum Wenden'schen Kreise gehörenden Kirchspielen Untersuchungen vorliegen, möchte ich die hohe Zahl für Löser unberücksichtigt lassen und den Procentsatz für den Kreis nur aus den 4 anderen Kirchspielen berechnen, also statt 16,2 pCt. — 6,09 pCt. setzen.

Die Zahl für Pernau möchte ich vorläufig überhaupt nicht berücksichtigen, weil ausser 4 städtischen Elementarschulen nur ein einziges Landkirchspiel des Kreises untersucht worden ist. Nach dem bisher vorliegenden kleinen Material scheint Pernau weit günstiger dazustehn, als die übrigen estnischen Kreise, was auch die weiter unten zu erwähnende Statistik bestätigt [7]).

Nach Ausführung dieser Correcturen erhalten wir folgende Reihe: Minimum Riga mit 3,6 pCt., ferner Wenden 6,09 pCt., Wolmar 8,7 pCt., Walk 19,5 pCt., Werro 23,0 pCt., Dorpat 23,6 pCt. und als Maximum Fellin mit 25,7 pCt.

Entsprechend früheren Erfahrungen zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen dem südlichen lettischen und nördlichen estnischen Theil Livland's. In ersterem erwiesen sich 11,4 pCt. der untersuchten Schulkinder als trachomkrank, in letzterem dagegen 23,8 pCt., also mehr als doppelt so viel. Die Verbreitung des Trachom's nimmt von Süden nach Norden gleichmässig zu, nur der Walk'sche Kreis zeigt gegenüber dem Wolmar'schen einen starken Sprung von 8,7 pCt. auf 19,5 pCt.

Dieser Unterschied zwischen dem estnischen und lettischen Livland findet wohl zum Theil in culturellen und socialökonomischen Differenzen seine Erklärung: sowohl was Bildung als Wohlhabenheit anbetrifft, sind die Letten den Esten entschieden voraus: die Wohnungen sind hygienisch besser construirt, das Bedürfniss nach ärztlicher Hülfe ist ein allgemeineres, die Mittel, sich dieselbe zu verschaffen, sind reichlicher vorhanden, alles Umstände, die in Bezug auf die Verbreitung des Trachom's gewiss nur einen günstigen Einfluss ausüben können. Andererseits mögen zur Erklärung dieses Unterschiedes wohl auch zum Theil die namentlich von Adelmann betonten Verschiedenheiten im anatomischen Bau der Orbitae bei Letten und Esten heranzuziehen sein.

Unter den 11310 untersuchten Kindern waren 6337 Knaben und 4973 Mädchen, davon trachomkrank 1118 Knaben und 878 Mädchen, also je 17,6 pCt. Beide Geschlechter sind also ganz gleichmässig ergriffen. Für die späteren Alterstufen ist sowohl von früheren Untersuchern als auch von mir durch die später anzuführenden statistischen Erhebungen ein ganz beträchtlicher Unterschied zu Ungunsten des weiblichen Geschlechts constatirt worden. Das Resultat der Schuluntersuchungen kann daher als Beleg dafür dienen, dass der für's vorgerücktere Alter constatirte Unterschied wohl kaum durch die zur Erkrankung an Trachom mehr geneigte Constitution des Weibes bedingt sein kann, wie Arlt und Holst annehmen, sondern wohl auf Unterschieden in Lebensweise und Beschäftigung der Geschlechter beruht, welche im schulpflichtigen Alter noch nicht zur Geltung kommen. Reyher hat allerdings auch für's jugendliche Alter einen Unterschied nachweisen können, doch ist derselbe zu gering — 60 pCt. gegen 64 pCt. — um als Gegenbeweis gelten zu können.

Ich habe dann weiter die Trachomfrequenz für die einzelnen Lebensjahre vom 8. bis 18. berechnet. Mit 13 pCt.

[7]) Von Pernau'schen Collegen liegen mir Mittheilungen vor nach welchen das relativ seltene Vorkommen von Trachom in diesem Kreise vollständig den in ihrer Praxis seit Jahren gemachten Erfahrungen entspricht.

im 8. Jahre beginnend, steigt sie ziemlich regelmässig an, um im 13. und 14. Jahre mit 19,5 pCt. und 19,8 pCt. das Maximum zu erreichen und dann wieder mit geringen Schwankungen abzunehmen. Ganz analoge Verhältnisse hat Reyher gefunden.

Die Curve für die Knaben hat im Ganzen denselben Verlauf, nur ist das Maximum auf das 14. und 15. Jahr verschoben.

Ganz unregelmässig verläuft sie bei den Mädchen: das Maximum fällt hier auf das 10. Lebensjahr, 3 erhebliche Steigerungen auf das 13., 16. und 18. Jahr.

Weiter habe ich zu ermitteln gesucht, wieviele der untersuchten Kinder Complicationen von Seiten der Cornea aufwiesen und es stellte sich heraus dass das bei 3,3 pCt. aller an Trachom erkrankten der Fall war, für dieses jugendliche Alter gewiss eine hohe Zahl. Auch hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen dem estnischen und lettischen Livland: in ersterem hatten 4,8 pCt. Cornealerkrankungen, in letzterem dagegen nur 1,62 pCt. In 3 lettischen Kreisen (Riga, Wenden und Walk) wurden überhaupt keine Cornealerkrankungen gefunden, während dieselben in allen estnischen Kreisen vorhanden waren. Wie a priori zu erwarten, steigt die Anzahl der Cornealerkrankungen mit zunehmendem Alter, von ca. 2 pCt. im 8. bis auf 9 pCt. im 18. Jahr. Beide Geschlechter zeigen ein ganz analoges Verhalten.

II.

Verlassen wir jetzt die Untersuchungen der Schulkinder und wenden wir uns den statistischen Erhebungen zu, die sich auf die in den letzten 5 Jahren von den Aerzten Livland's behandelten Augenpatienten beziehen. Von 38 Aerzten ist mir über 11352 in den Jahren 1887—91 behandelte Augenpatienten berichtet worden. Die umfangreichsten Berichte stammen aus dem Fellin'schen Kreise über 3736 Patienten, die kleinste Zahl, 315 Patienten, aus dem Wenden'schen.

Unter diesen wurden wegen Trachom behandelt 4232 Patienten, d. h. 37,2 pCt.

Die Zahlen für die einzelnen Kreise sind folgende: Riga 23,5 pCt., Wenden 18,1 pCt., Wolmar 19,9 pCt., Walk 35,1 pCt., Werro 36,7 pCt., Dorpat 44,2 pCt., Fellin 51,3 pCt. und Pernau 32,0 pCt. Mit alleiniger Ausnahme von Riga, welches einen grösseren Procentsatz aufweist, als Wenden und Wolmar, ist hier genau dieselbe Reihenfolge eingehalten, wie wir sie oben für die Trachomfrequenz unter den Schulkindern fanden. Auch hier nimmt die Frequenz von Süden nach Norden zu und zeigt sich der starke Sprung der Zahl für Walk gegenüber dem Wolmar'schen Kreise. Ferner bestätigt auch diese Statistik, dass Pernau günstiger dasteht, als die übrigen estnischen Kreise.

Die 4 lettischen Kreise zusammen ergaben 24,7 pCt., die 4 estnischen 43,8 pCt., also wieder beinahe doppelt so viel. Fellin steht in beiden Statistiken am ungünstigsten da, oben mit 25,7 pCt., hier mit 51,3 pCt.

Diese Statistik zeigt deutlich die, wie gesagt, auch von allen früheren Untersuchern constatirte bedeutend grössere Trachomfrequenz beim weiblichen Geschlecht gegenüber dem männlichen. Bei letzterem beträgt dieselbe 32,2 pCt., bei den Weibern dagegen 41,8 pCt. Auf die Bedeutung dieses erheblichen Unterschiedes gegenüber dem Fehlen desselben im jugendlichen Alter wurde schon hingewiesen.

Die Zahl der Cornealerkrankungen ist eine sehr grosse, nämlich 41,7 pCt. aller Trachomfälle, also nicht viel geringer als die Hälfte derselben. Wenn auch sicher anzunehmen ist, dass dieselbe sich bei einer Untersuchung sämmtlicher überhaupt vorhandener Trachomkranken erheblich kleiner herausstellen würde, da gewiss in sehr vielen Fällen gerade erst die Miterkrankung der Cornea mit ihren grösseren subjectiven Beschwerden, namentlich der Beeinträchtigung des Sehvermögens, die Kranken zum Arzte treibt, so muss doch auch diese erschreckend gross erscheinen. 15½ pCt. sämmtlicher überhaupt behandelter Augenpatienten wiesen durch Trachom bedingte Cornealerkrankungen auf, ganz abgesehen von allen auf anderer aetiologischer Basis entstandenen.

Die Kreise weisen folgende Zahlen auf: Riga 62,0 pCt., Wenden 50,8 pCt., Wolmar 6 ,6 pCt., Walk 43,0 pCt., Werro 57,4 pCt., Dorpat 32,5 pCt., Fellin 33,0 pCt. Pernau 46,1 pCt. Hier sehen wir die Reihe vollständig verändert und es fällt auf, dass gerade in den Kreisen, in welchen relativ wenig Trachom vorkommt, dasselbe ganz besonders häufig die Cornea in Mitleidenschaft zieht. Das zeigt sich auch darin, dass das lettische Livland in 54,8 pCt. aller Trachomfälle Cornealerkrankungen aufweist, während das im estnischen Livland nur bei 37,8 pCt. der Fall ist. Das weibliche Geschlecht ist mit 44,4 pCt. wiederum stärker betheiligt, als das männliche mit 37,6 pCt.

Werfen wir, m. H., einen Blick zurück auf die Resultate der von mir angestellten Enquête, so muss unbedingt zugegeben werden, dass dieselben noch sehr lückenhaft sind. Von ca. 106 Landkirchspielen Livland's sind nur 35, also nur der dritte Theil, vertreten. Ausserdem fehlen die Städte mit Ausnahme von Fellin und Pernau. Ich habe es mir daher zur Aufgabe gemacht, in den nächsten Jahren die Enquête zu vervollständigen und wenn möglich auch auf Est- und Kurland auszudehnen. Ich bin mir dabei vollständig dessen bewusst, dass dieser Modus der Enquête durchaus nicht ideal ist: es kann gegen ihn mit Recht eingewandt werden, dass nicht jeder praktische Arzt soweit Specialist sein kann, um differential-diagnostische Irrthümer sicher zu vermeiden, namentlich Trachom und folliculären Catarrh, resp. chron. Blenorrhoe stets auseinanderzuhalten. Abgesehen davon, dass es mir nicht gelungen ist, unter den jetzigen Verhältnissen einen anderen Modus für eine dermaassen umfassende Enquête ausfindig zu machen, scheint mir die Gesetzmässigkeit meiner Zahlen und ihre Uebereinstimmung mit früheren Befunden dafür zu sprechen, dass die Fehler in praxi doch nicht sehr gross sind[8]).

Die Enquête hat, so lückenhaft sie auch ist, doch ergeben, dass die Verbreitung des Trachom's in Livland eine recht bedenkliche ist: über 17 pCt. der Schulkinder und über 37 pCt. der Augenpatienten leiden an Trachom. Gegen früher scheint eine Besserung vorhanden zu sein: solche Zahlen, wie Reyher sie für Lais und Bartholomäi fand, kommen jetzt nicht mehr vor. Dr. Francken hat in diesen Kirchspielen bei 16,5 pCt. der Kinder Trachom constatirt gegen 62 pCt. im Jahre 1857. Trotzdem sind die Zahlen doch gross genug, um uns zu einem gemeinsamen energischen Vorgehen gegen diese socialökonomisch so wichtige Krankheit zu veranlassen. Und da sind es gerade die Dorfschulen, die meiner Ansicht nach den geeignetesten Angriffspunkt bieten: einerseits haben wir bei den in den Dorfschulen der Regel nach vorhandenen frischeren Erkrankungsformen die meisten Chancen für radicale therapeutische Erfolge, andererseits würden wir durch die Kinder auf zahlreiche Hausepidemien hingeleitet werden und so auch ausserhalb der Schule bis dahin unbekannt gebliebene Krankheitsfälle unserer Behandlung zugänglich machen. Auch scheint es mir bei dem so häufig schleichenden, fast unmerklichen Beginn des Trachom's geboten, die Kranken aufzusuchen, namentlich den Anfangsstadien in den Schulen nachzuspähen und nicht zu warten, bis schon ganz besonders lästige Symptome und verhängnissvolle Complicationen

[8]) Dr. Truhart-Fellin theilte dem IV. Livl. Aerztetage die Resultate der Blindenzählung von 1886 mit, welche in überraschender Weise mit meiner Trachomstatistik übereinstimmen: die Kreise in denen viel Trachom vorkommt, weisen auch ganz besonders viel Blinde auf und umgekehrt.

dieselben zum Arzte treiben. Es wäre daher dringend zu wünschen, dass auch die Dorfschulen Schulärzte erhielten, welche ex officio alljährlich die Schüler untersuchen und etwaige Trachomkranke in Behandlung nehmen würden. Auch wäre dann die Möglichkeit geboten, der Hygiene allmählich in den Schulen Eingang zu verschaffen, namentlich bei etwaigen Neubauten für Berücksichtigung derselben zu sorgen.

Endlich halte ich es, m. H., für unser Aller Pflicht, durch die Presse auf unser medicinisch noch so absolut unwissendes Landvolk einzuwirken und in populärer Weise hygienische, diätetische, allgemein pathologische und therapeutische Kenntnisse unter demselben zu verbreiten. Das gilt natürlich nicht allein für das Trachom, sondern überhaupt für alle Krankheiten. Für das flache Land, wo die persönliche Beeinflussung durch den behandelnden Arzt naturgemäss nur in sehr unvollkommenem Maasse stattfinden kann, ist es meiner Ansicht nach der einzige Weg, auf dem wir dazu gelangen können, im Laufe der Zeit vernünftigere Anschauungen über medicinische Fragen zu verbreiten, alteingewurzelte Vorurtheile und abergläubische Gebräuche zu bekämpfen und uns so den Weg für ein erspriessliches therapeutisches Handeln zu ebnen.

Referate.

H. Leo (Bonn): Ueber die Ebstein'sche Theorie des Diabetes mellitus. (Centralbl. für klin. Medicin. 1892. Nr. 25).

H. Leo: Ueber die Bedeutung der Kohlehydratnahrung bei Diabetes mellitus. (Deutsche medicin. Wochenschr. 1892. Nr. 37).

Nach Ebstein soll das Wesen des Diabetes mellit. darin bestehen, dass das Protoplasma und die Gewebe des Körpers beim Diabetiker zu wenig CO_2 bilden und ausscheiden. Die CO_2 wirkt hemmend auf die überall in den Geweben vorhandenen diastatischen, zuckerbildenden Fermente, und wo CO_2 fehlt, da muss daher aus dem Glycogen der Körpergewebe zu viel Zucker gebildet und ausgeschieden werden. Gegen diese Theorie wendet sich Leo. Er hat Diabetiker eine CO_2-reiche Luft athmen lassen und so den Kohlensäuregehalt des Bluts und der Gewebe um ein Viertel des normalen Kohlensäuregehaltes gesteigert. Dennoch wurde die Zuckerausscheidung im Urin dadurch weder aufgehoben noch vermindert. Gegen Ebstein spricht ausserdem die Thatsache, dass das Blut der Diabetiker nicht ärmer an CO_2 ist, als das Gesunder (Minkowski) — Ferner hat Leo durch Gasanalysen der Athmungsluft von 5 Diabetikern gezeigt, dass die Diabetiker bei gleicher Nahrung ebensoviel O aufnehmen und CO_2 ausscheiden, wie Gesunde.

Endlich hat Leo durch Stickstoffbestimmungen im Harn und Koth von Diabetikern gezeigt, dass die Kohlehydrate, da sie doch zum Theil verbraucht und verbrannt werden, auch bei Diabetikern als Sparmittel für das Eiweiss der Organe dienen und die Zersetzung des letztern einschränken. Bei zwei Diabetikern, die sich bei kohlehydratarmer Nahrung im Stickstoffgleichgewicht befanden, wurde durch reichliche Zufuhr von Kohlehydraten zwar der Zuckergehalt des Urins bedeutend vergrössert, zugleich aber auch die Stickstoffausscheidung vermindert, und somit die Abnutzung des Organeiweisses eingeschränkt. Dem entsprechend sieht man in praxi garnicht so selten, dass Diabetiker der schweren Form, welche sich bei absoluter Entziehung der Kohlehydrate schlecht befinden, besser werden und sich erholen, sobald man zu ihrer Nahrung mässige Mengen von Kohlehydraten hinzufügt.

In Betreff der Diät der Zuckerkranken ist Leo deshalb der Ansicht, dass eine Einschränkung der Kohlehydrate stets nöthig ist, und dass zu Beginn einer Kur auch die absolute Entziehung der Amylaceen und des Zuckers indicirt ist. Sehr vielen Diabetikern bringt eine solche Abstinenz grossen Nutzen. Eine andere Frage aber ist, ob die völlige Ausschaltung der Kohlehydrate in allen Fällen auch für die Dauer geboten ist. Wenn die Kranken bei einem solchen Regime immer mehr herunterkommen, dann muss man ihnen nach einiger Zeit wieder mässige Mengen von Kohlehydraten gestatten und zusehen, ob sie sich nun besser fühlen und an Kräften zunehmen. Nach längerer oder kürzerer Zeit müssen freilich immer wieder Perioden eingeschaltet werden, in denen alle Kohlehydrate verboten werden. Genaue Krankenbeobachtung und strenges Individualisiren lässt hier das Richtige treffen.

Dehio.

J. E. Greiwe: Eine nach Trauma rasch zum Tode führende Leukaemie. (Berl. Klin. Wochenschr. 1892. Nr. 33).

Verf. berichtet über einen interessanten Fall von Leukaemie, der nach einem Trauma in elf Tagen zum Tode führte und ähnlich einigen von Ebstein vor 3 Jahren zusammengestellten Fällen von Leukaemie unter dem Bilde des Scorbuts ein setzte. Es handelte sich hier um einen 28 Jahre alten, kräftig und gut gebauten Schlosser, der bei seiner Aufnahme ins Krankenhaus am 26. Febr. d. J. angab, dass er bisher stets gesund gewesen sei. Am 23. Febr. hatte er beim Heben einer schweren Last plötzlich Schmerzen in der linken Seite empfunden, die ihn nöthigten, von der Arbeit nach Hause zu gehen. Am Morgen des 24. Febr. sind Blutungen aus dem Munde aufgetreten, er musste das Bett hüten, bis ihn am 26. Febr. die andauernde und immer zunehmende Blutung aus dem Munde zwang das Krankenhaus aufzusuchen. Bei der Aufnahme war der Status folgender: Haut und sichtbare Schleimhäute hochgradig anämisch. An verschiedenen Körperstellen, besonders an der linken Brustseite und den unteren Extremitäten zahlreiche zehnpfennig- bis thalergrosse, blaurothe Haemorrhagien, die er bereits seit längerer Zeit bemerkt hat; ausserdem mehrfache frische Blutungen unter der Haut. Zunge schmierig und mit massenhaften schwarzbraunen Krusten belegt, Zähne und Zahnfleisch aufgelockert und geschwollen. Das Zahnfleisch blutet ununterbrochen. Keine Nasenblutung. Lungen und Herz normal. Puls 100, mässig stark. Urin frei von Eiweiss und Blut. Eine nach der Ehrlich'schen Methode vorgenommene Blutuntersuchung ergab das mikroskopische Bild einer rein lymphatischen Leukaemie. Dieser Blutbefund veranlasste, dass Patient nach dieser Richtung hin nochmals untersucht wurde. Die Lymphdrüsen in der Cervical-, Cubital- und Leistengegend, sowie in der Axilla waren sämmtlich mässig vergrössert und auf Druck empfindlich. Die genaue Untersuchung des Unterleibes, die bei der Aufnahme wegen der gespannten Bauchdecken und der grossen Empfindlichkeit nur ungenau vorgenommen werden konnte, ergab eine Vergrösserung der Milz, die von der 7. Rippe oben bis vier Querfinger unterhalb des Rippenbogens reichte. Am 28. Febr. trat zu den Blutungen aus dem Munde Nasenbluten hinzu. Das Sensorium blieb frei; bis auf eine einmalige Temperatursteigerung auf 38,2 war Patient fieberfrei, Patient wurde allmählich immer schwächer und nach einer in der Nacht vom 5 zum 6 März erfolgten erheblichen Blutung trat der Tod ein. Die am nächsten Tage vorgenommene Section bestätigte die Diagnose Leukaemie.

Es besteht also kein Zweifel, dass hier eine echte Leukaemie vorlag. Die Anamnese berechtigt allerdings zur Annahme, dass es sich hier um eine Leukaemia acutissima gehandelt hat. Dennoch glaubt Verf. nicht, dass er es mit einer solchen hier zu thun gehabt hat, denn die Blutextravasate an den unteren Extremitäten und an der Brust lassen sich wohl kaum alle auf Verletzungen bei der Arbeit zurückführen, sondern ist hier wohl eine besondere Disposition zu Blutungen anzunehmen. Verf. ist überzeugt, dass das Trauma hier nicht die Ursache der Krankheit, sondern nur die Veranlassung zum Ausbruch, zum Aufflammen der bis dahin latent verlaufenden Krankheit war. Zwar leugnet er nicht das Vorkommen einer Leukaemia acutissima, doch glaubt er, dass einige der bis jetzt veröffentlichten Fälle grosse Aehnlichkeit mit dem von dem beschriebenen Falle haben. Die Diagnose einer Leukaemia acutissima dürfte jedenfalls nicht auf die Angabe des Patienten, er sei bisher gesund gewesen, gestellt werden; zu einer solchen sei man erst berechtigt, wenn durch eine ärztliche Untersuchung, womöglich eine Blutuntersuchung, kurz vor Ausbruch der Krankheit ihr früheres Bestehen mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann.

H. Büttner.

Alexander Poehl: Eine chemische Erklärung zur physiologischen Wirkung des Spermins. Vorläufige Mittheilung. (Bulletin de l'Académie Impériale des Sciences de St. Pétersbourg. Tome XIII).

Alexandre Poehl: Action physiologique de la spermine. Interprétation de ses effets sur l'organisme. (Compte rendu de la séance du 11 Juillet 1892 de l'Académie des Sciences. Paris).

In der erstgenannten Arbeit weist der Verfasser nochmals auf die schon früher von ihm ausgesprochene Erscheinung hin, dass bei der Einwirkung von metallischem Magnesium auf Goldchlorid bei Gegenwart von Spermin ein charakteristischer Spermageruch sich entwickelt, und dass ferner hierbei grosse Mengen von Magnesiumhydroxyd gebildet werden; letztere Reaction kommt auch zu Stande, wenn statt Goldchlorid $PtCl_4$, $HgCl_2$, $CuCl_2$, $CdCl_2$ u. s. w. genommen werden. Da schon ein ausserordentlich kleines Quantum Spermin grosse Mengen von Magnesiumhydroxyd zu bilden vermag, so fasst Poehl diese Wirkung als katalytische auf. Diese Reaction sowohl als auch die von Tarchanoff und Weljaminow

beobachtete günstige Einwirkung des Spermins bei Chloroformintoxicationen, ferner der Umstand, dass das Spermin in allen möglichen männlichen nicht nur, sondern auch weiblichen Organen und im Blute aufzufinden ist, brachten den Autor auf den Gedanken, dass dem Spermin eine wichtigere Stelle bei den Oxydationsvorgängen im menschlichen Organismus zukomme. Dieses beweist denn auch Poehl in vorliegender Arbeit an der Hand experimenteller Untersuchungen am Blut mit künstlich herabgesetzter Oxydationsfähigkeit (z. B. durch Chloroform): ein solches Blut erlangt seine frühere Oxydationsfähigkeit bei Zusatz von Spermin sofort wieder. Als weiteren Beleg für diese Annahme führt Poehl ferner den Umstand an, dass in allen Fällen, wo das Verhältniss des Gesammtstickstoffs des Harns zum Stickstoff des Harnstoffs (bekanntlich der beste Ausdruck für die Energie der Oxydation im Organismus) unter der Norm ist, so z. B. bei Oxalurie, dasselbe nach den Sperumininjectionen sofort gehoben wird. Denselben Gesichtspunkt hält Poehl auch massgebend zur Erklärung für die günstige Wirkung des Spermins als Tonicum und Nervinum und bei gewissen Formen des Diabetes.

In der zweiten Arbeit weist Poehl darauf hin, dass das Spermin ein Bestandtheil der Brown Séquard'schen Testikelemulsion sei, ferner zeigt er, dass das Spermin nicht identisch sei mit dem Aethylenimin (Ladenburg, Abel) und noch weniger mit seinem Polymeren, dem Piperazin oder Dispermin (Kobert), indem die chemische Formel des Spermins $C_5H_{14}N_2$ von derjenigen der genannten Körper C_2H_5N differirt; in dieser seiner Behauptung findet der Autor eine Stütze an Prof. Mendelejew. Im Uebrigen deckt sich die vorliegende Arbeit mit der vorhergehenden, indem auch hier Poehl die günstigen Einwirkungen des Spermins durch dessen oxydationsbefördende Eigenschaften zu erklären glaubt. Es ist, wie Poehl zum Schluss hervorhebt, das Spermin therapeutisch dort mit Erfolg zu verwerthen, wo der Organismus eines Theiles des ihm ganz normal zukommenden Spermins verlustig gegangen ist und zwar entweder dadurch, dass die verschiedenen Organe diesen Körper in zu geringer Menge produciren (wie bei verschiedenen Infectionskrankheiten), oder dadurch, dass das schon gebildete Spermin durch Ueberführung in das unlösliche phosphorsaure Salz nicht zur Action gelangen kann (Bronchitis, Asthma, Anämien u. s. w.).

Höhlein.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Georg Letzel (München-Tölz): Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten. Mit 71 Holzschnitten. 1892. Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg. 436 Seiten.

Da die Speciallitteratur eine grosse Reihe guter Handbücher der venerischen Krankheiten aufweist, so ist es eigentlich fraglich, ob das Bedürfniss nach neuen Handbüchern vorhanden. Wir erinnern nur an die ausgezeichneten kurz gefassten Lehrbücher Finger's und Lesser's die häufig neue Auflagen erleben. Eine gewisse Berechtigung dieses neuen Lehrbuches liegt darin, dass es ausnahmsweise ein praktischer Arzt ist, der sich an diese Aufgabe gemacht hat. Nur mit dem Titel «Geschlechtskrankheiten» sind wir nicht einverstanden, denn es werden in demselben nur «Tripper, Syphilis und weicher Schanker» behandelt, während zu den Geschlechtskrankheiten doch noch eine ganze Reihe anderer Leiden gehören, die nicht Erwähnung finden.

Im Ganzen müssen wir anerkennen, dass der Verf. seiner Aufgabe vollkommen gewachsen und in kurzer, bündiger und klarer Form einen guten Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der Lehre von den venerischen Krankheiten giebt und sowohl «Aerzte wie Studierende» das Buch mit Nutzen verwerthen können. Nicht ganz befriedigt das Capitel der Therapie der Syphilis, namentlich die Frage bezüglich der Injections-Therapie. Der überall jetzt anerkannte Werth des Hydrargyrum Salicylicum ist nicht genügend betont und giebt Verf. noch Recepte für Calomel-Injectionen, die wohl gegenwärtig zum grössten Theile nicht mehr angewandt werden. Da das Manuscript im Mai 1892 geschlossen, hätte wohl die Frage bezüglich der Temperatursteigerungen nach den Injectionen, die doch gerade für den Praktiker wichtig, Erwähnung finden müssen, denn sie wurde bereits 1891 auf dem Leipziger Dermatologen-Congresse verhandelt. Besonders werthvoll sind die Capitel der syphilitischen Affectionen des Auges (bearbeitet von Ancke), des Ohres (Dr. Puricelli) und des Nervensystems (Dr. Löwenfeld). Namentlich das letztere Capitel wird hoffentlich dazu beitragen nicht so ohne Weiteres die verschiedenen Nervenleiden bei Syphilitikern stets der Syphilis in die Schuhe zu schieben.

Die Ausstattung ist musterhaft und empfehlen wir gern das Buch den praktischen Aerzten, die sich damit bekannt machen wollen, wie es jetzt im Allgemeinen mit der Lehre von den venerischen Krankheiten steht. O. Petersen.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Die Prophylaxe der Infectionskrankheiten wird in Zukunft auch die Vertilgung des beim Menschen und Vieh schmarozenden Ungeziefers zu ihren Aufgaben zu zählen haben, wie u. A. folgender Fall darthut, welchen Dr. Dewèvre in «Revue de méd.» mittheilt. Nach D.'s Untersuchungen war die Tuberkulose durch Wanzen übertragen worden, u. zw. auf einen jungen Mann der bei der ärztlichen Untersuchung eine Unmenge von Wanzenbissen auf seinem Körper aufwies. 60 in der Wohnung des Pat. heimischer Wanzen wurden eingefangen, verrieben, in Verdünnung filtrirt und darauf lege artis bakteriologisch untersucht. Die Präparate sowohl als die Impfversuche an Meerschweinchen bewiesen die Anwesenheit von Tuberkelbacillen in der Wanzen-Pulpa. Freilich muss hinzugefügt werden, dass Pat. 8 Monate nach dem Tode zweier Brüder an Lungenphthise tuberculös erkrankt ist.

(Der Pharmaceut).

— Gegen Seborrhoea capitis empfiehlt Dr. Jessner ein- bis zweimal wöchentlich Waschen des Kopfes mit Spirit. saponatokalinus Hebrae, Abspülen mit warmem, zuletzt abgekühltem Wasser. Ausserdem jeden Abend (nach einigen Wochen seltener) Einreibung der Kopfhaut mit Resorcin. albissimi, Sulf. depurat. ãã 10,0, Ungt. pomad. 100,0. Von Vortheil ist es, Nachts eine Bade- oder Gummikappe zu tragen.

— In der Sitzung der «Société de Biologie» zu Paris vom 30. Juli 1892 trug N. Gamaleia seine experimentellen Studien über Cholera bei den Hunden vor. Vortr. hat besonders die Wirkung der intravenösen Injection von Choleraspirillen bei Hunden beobachtet. Seine Resultate waren folgende: 1) Die Cholera bei den Hunden zeigt eine grosse Analogie mit der der Menschen. Sie ist charakterisirt durch blutige oder reiswasserähnliche Stühle und besonders durch Erbrechen, das mehrere Stunden anhalten kann. Die Thiere gehen unter Krämpfen zu Grunde. 2) Bei der Autopsie findet man den ganzen Digestionskanal vom Magen bis zum Rectum schwer alterirt. Die Schleimhaut ist ebenso wie der Darminhalt haemorrhagisch; in letzterem findet man bei der mikroskopischen Untersuchung desquamirte Darmepithelien. Die histologischen Veränderungen der Mucosa sind sehr ausgesprochen. Die ganze Epitheldecke ist verändert: das Protoplasma der Zellen ist granulirt und ebenso wie die Kerne geschrumpft. 3) Auffallend ist bei den Hunden die Schnelligkeit, mit der sie eine Immunität gegen die Cholera erwerben. Schon am Tage nach der Injection einer Quantität des Virus, die nicht hinreicht, sie zu tödten, aber allgemeines Unbehagen und Erbrechen hervorruft, zeigen sich die Hunde gegen sehr grosse Mengen einer Cultur gefeit.

Vermischtes.

— Der Medicinalinspector des St. Petersburger Hafens und Oberarzt des Kalinkin-Marinehospitals, wirkl. Staatsrath Dr. M. J. Kwizinski, ist wegen Krankheit von diesen Aemtern zurückgetreten. Die hiesigen Marineärzte, mit dem Ober-Militär-Medicinalinspector der Flotte Dr. Kudrin an der Spitze, veranstalteten zu Ehren des Scheidenden ein Diner im hiesigen adligen Club.

— Prof. Charcot ist von der Gesellschaft der Odessaer Aerzte zum Ehrenmitgliede gewählt worden.

— Zum Vicepräsidenten der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit ist in der Sitzung am 25. October an Stelle des verstorbenen W. M. Karlowitsch der bekannte hiesige Architekt Graf. P. Suzor erwählt worden.

— Verstorben: 1) Am 9. October in Simferopol der Präsident der dortigen ärztlichen Gesellschaft und Arzt des weiblichen Gymnasiums Dr. Adolf Trachtenberg, nach langer Krankheit. Der Hingeschiedene war der Sohn eines Arztes und hatte seine medicinische Ausbildung auf der Kiewer Universität erhalten, das Doctordiplom aber an der Dorpater Universität erlangt. Im Jahre 1867 liess er sich in Simferopol als Arzt nieder und war seit 1885 Präsident der ärztlichen Gesellschaft, ausserdem Stadtverordneter und Mitglied des Stadtamtes. Für die grosse Achtung und Liebe, welche der Verstorbene in den weitesten Kreisen sich erworben hatte, liegen zahlreiche Beweise vor. Eine unabsehbare Menschenmenge folgte seinem Sarge, auf den 16 Kränze niedergelegt wurden. Es wird ein Stipendium auf seinen Namen gestiftet werden und die Gesellschaft der Aerzte in Simferopol hat beschlossen das Andenken ihres heimgegangenen Präsidenten durch eine ausserordentliche Sitzung zu ehren. Die Tagesblätter «Krymski Westnik» und «Jushny Krai» bringen warm gehaltene Nekrologe des Verstorbenen. Wie letztere Zeitung mittheilt, wurde obgleich der Verstorbene Lutheraner war — mit Bewilligung des örtlichen Bischofs eine feierliche Seelenmesse in der russischen Kathedrale abgehalten. (Wr.) 2) Am 28. September in Jekaterinoslaw der Präsident der örtlichen Gesellschaft der Aerzte und Ordinator am Gouvernements-Landschaftshospital, Dr. Dm. J. Wyscheljesski, an hyper-

trophischer Lebercirrhose. Nach Absolvirung des Cursus in der medico-chirurgischen Akademie i. J. 1866 war W. 5 Jahre hindurch Militärarzt und trat dann in den Landschaftsdienst als Ordinator des Gouv.-Landschaftshospitals in Jekaterinoslaw, wobei er zugleich als Docent für Anatomie und Physiologie an der Feldscherschule der Landschaft, sowie auch als Lehrer der Hygiene an dem geistlichen Seminar fungirte. Der Verstorbene gehörte zu den Gründern der Jekaterinoslawschen medicinischen Gesellschaft, deren langjähriger Secretär und nachheriger Präsident (seit 3 Jahren) er war. 3) und 4) Die in der Reserve der Militär-Medicinalbeamten stehenden Aerzte P. Birjukow und M. Klimentow. 5) Der jüngere Arzt der 6. Artilleriebrigade Joseph Starkmann. 6) In Basel der ordentliche Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie Dr. Joh. Bischoff, im 51. Lebensjahre. Der Verstorbene hat das Verdienst, den praktischen Unterricht in der Frauenheilkunde an der Universität Basel gegründet zu haben. Nachdem er i. J. 1864 in Basel zum Dr. medicinae promovirt, habilitirte er sich als Privatdocent und erhielt 1868 bereits eine ausserordentliche und 1872 eine ordentliche Professur. Literarisch ist Bischoff wenig hervorgetreten.

— Am 28. October vollendeten sich 25 Jahre der pädagogischen und literärischen Thätigkeit des Privatdocenten der Physiologie an der St. Petersburger Universität, Dr. Bakst, welcher durch seine Arbeiten auf dem Gebiete der Physiologie bekannt ist.

— Der berühmte Physiologe und Physiker, Prof. Herm. v. Helmholtz, Präsident der physikalisch-technischen Reichsanstalt in Berlin, beging am 2. November n. St. sein 50jähriges Doctorjubiläum. Von einer öffentlichen Feier wurde auf Wunsch des Jubilars Abstand genommen.

— Der berühmte Wiener Augenarzt, Prof. Stellwag von Carion, feiert in nächster Zeit seinen 70. Geburtstag. Das Professoren-Collegium soll einstimmig beschlossen haben, die Belassung dieser hervorragenden Lehrkraft in der Wiener med. Facultät für das nächste Lehrjahr beim Ministerium zu beantragen.

— Nach dem soeben herausgegebenen Personalverzeichniss der Kais. Universität Dorpat pro II. Semester 1892, welches seit dem vorigen Semester in russischer Sprache erscheint, betrug die Gesammtzahl der Studirenden zum 1. October d. J. 1670 (gegen 1682 zum 1. Februar d. J. und 1784 am 1. Februar vorigen Jahres). Abgegangen waren 316 und hinzugekommen 304 Studirende. Die medicinische, theologische und die historisch-philologische Facultät haben einen Zuwachs auf Kosten der juristischen und physiko-mathematischen erfahren. Die medicinische Facultät zählt 1019 Studirende (gegen 1017 im vorigen Semester), die theologische 256 (gegen 254), die historisch-philologische 81 (gegen 73); die juristische 142 (gegen 148) und die physiko-mathematische 172 (gegen 190). Was die Herkunft der Studirenden betrifft, so stammen aus den Ostseeprovinzen 1012 (gegen 1020 im vorigen Semester), und zwar aus Livland 589 (gegen 591), aus Kurland 296 (gegen 313) und aus Estland 127 (gegen 116). Aus dem Innern des Reichs stammen 653 (gegen 655), die Zahl der Ausländer betrug 5, die der freien Zuhörer 7. In dem Lehrkörper der medicinischen Facultät ist nur eine Veränderung zu verzeichnen, nämlich an die Stelle Prof. Dr. Unverricht's ist Dr. Stepan Wassiljew als ord. Professor der speciellen Pathologie und Therapie getreten.

— Am 16. October fand eine ausserordentliche allgemeine Sitzung der St. Petersburger ärztlichen Gesellschaft zur gegenseitigen Hülfe statt.

Vor Beginn der Sitzung wurde ein feierlicher Gedächtniss-Gottesdienst für die während der letzten Flecktyphus- und Cholera-Epidemie verstorbenen Aerzte und Studenten abgehalten. In warmen Worten gedachte der Priester des Obuchow-Hospitales der als Opfer ihres Berufes Dahingeschiedenen.

Nach Eröffnung der Sitzung wurde zur Wahl des Ehrenpräsidenten für diese Sitzung geschritten und einstimmig dazu das Ehrenmitglied, Geheimrath Senator Koni gewählt.

Der Präsident gedachte nochmals der verstorbenen Aerzte und proponirte das Andenken derselben durch Erheben von den Sitzen zu ehren.

Darauf folgten programmässig die im Namen des Verwaltungsrathes gehaltenen Vorträge:

1) Dr. W. Afonassjew hielt eine Gedächtnissrede auf den während des Cholera-Kravalles in Chwalynsk erschlagenen Dr. Moltschanow, und proponirte, im Namen der Verwaltung ein Capital zum Andenken an Moltschanow zu gründen, zu diesem Zwecke für das Jahr 1893 den Beitrag von 3 auf 5 Rbl. zu erhöhen und eine Subscription zu eröffnen. Die Procente des Moltschanow-Capitales sollen in erster Linie Wittwen und Waisen von Aerzten, die in Epidemien verstorben zu Gute kommen. — Der Antrag wird einstimmig angenommen.

2) Dr. O. Petersen weist darauf hin, wie wenig noch zur Sicherstellung der Familien verstorbener Aerzte unternommen und giebt einen Ueberblick über die bestehenden Unterstützungs-Gesellschaften (Tschistowitsch-Casse, Marien-Casse etc.) und proponirt u. A. die «collective Lebensversicherung der Aerzte». Falls nicht weniger als 25 daran Theil nehmen, so bietet die «Russische Gesellschaft zur Versicherung von Capitalien und Renten» 7 pCt. Rabatt von der Jahresprämie und ist bereit 1 pCt. der Versicherungs-Summe der Vereins-Casse zu zahlen.

Nach einer lebhaften Debatte wird zur weitern Bearbeitung dieser Frage eine Commission gewählt. (DDr. Dembo, Schapiro, F. Fischer und Pokrovski).

3) Dr. W. Afonassjew berichtet über den Stand der Consumvereins-Angelegenheit. Da sich bereits 35 Firmen bereit erklärt, den Mitgliedern der Gesellschaft Rabatt (3—20 pCt.) bei Einkäufen zu geben, kann die Thätigkeit dieser Branche der Gesellschaft beginnen. Zu diesem Zwecke werden den Mitgliedern Karten ausgereicht, die gegen Entrichtung des Beitrages pro 1893, sowie 20 Kop. pro Billet beim Rentmeister der Gesellschaft, Dr. A. Trojanow (Obuchow-Hospital) täglich von 10—3 Uhr ausgefertigt werden. P.

— In der combinirten Sitzung der St. Petersburger städtischen Hospitalcommission und der Sanitätscommission, welche am 21. October unter dem Vorsitz des stellv. Stadthauptes Medwjedew und im Beisein des Medicinalinspectors der Residenz Dr. Batalin stattfand, wurde der Voranschlag für das nächstjährige Budget der städtischen Sanitätscommission und der ihr unterstellten Institutionen berathen und nachstehende Summe für das Budget des Jahres 1893 festgesetzt: Für den Unterhalt der Sanitätscommission 17,680 Rbl.; für das berathende Mitglied der Commission und zum Unterhalt der Kanzellei derselben — 4,080 Rbl.; für das Ambulatorium und den Unterhalt der unentgeltlichen ärztlichen Hülfeleistung im Hause der Kranken — 48,000 Rbl.; für die epidemiologische Aufsicht — 17,700 Rbl.; für die städtischen Gebärasyle 44,184 Rbl.; für den Preobrashenskischen und Uspenskischen Kirchhof — 45,359 Rbl.; für das städtische analytische Laboratorium — 10,100 Rbl.; für die ärztliche sanitarische Beaufsichtigung der städtischen Elementarschulen — 10,100 Rbl. und ausserdem zur Anschaffung von Medicamenten und verschiedenen Utensilien für die Schulen — 6000 Rbl.

— Die St. Petersburger städtische Sanitätscommission hat den neugewählten Sanitätsärzten vorgeschlagen, sich die Bezirke für ihre Wirksamkeit selbst zu wählen und ihre Entscheidung der Commission mitzutheilen. Die Eintheilung der Stadt in 26 Bezirke wird von der Commission ausgeführt und hängt die Grösse der Bezirke von der Zahl der Bewohner, Häuser, Handelsgeschäfte etc. ab. Die Aufsicht in jedem Bezirk wird einer Sanitätsabtheilung übertragen werden, welche aus dem von der Duma gewählten Bezirks-Sanitätscurator, dem Sanitätsarzte und dem freiwilligen Sanitätscurator besteht. Feldscher und Desinfectoren werden jeder Abtheilung zur Verfügung gestellt.

— Alle Krankenhäuser des St. Petersburger Gouvernements sollen in nächster Zeit mit besonderen gedruckten Anleitungen für Personen, welche die an ansteckenden Krankheiten leidenden Patienten pflegen, versehen werden. Es wird damit bezweckt die Bauern damit bekannt zu machen, wie sie sich bei den an ansteckenden Krankheiten Erkrankten zu verhalten haben, um sich und andere vor Ansteckung zu schützen.

— Die militär-medicinische Academie erhält in nächster Zeit zwei selbstständige Kliniken für Nasen- und Kehlkopfkrankheiten sowie für Ohrenkrankheiten. Dieselben werden in dem Gebäude untergebracht, in welchem sich früher die Klinik für Nerven- und Geisteskrankheiten befand, und werden zusammen über 30 Betten verfügen.

— Der erste Congress russischer Architekten, der vom 9. bis zum 16. Dcbr. a. c. in Petersburg stattfindet wird sich in besonderen Sectionssitzungen auch mit sanitären Fragen beschäftigen (Assanirung von Städten, Häusern und Wohnungen, Verbesserungen im Bau von Schulen, Krankenhäusern, Kasernen, Gefängnissen, Kirchen, Theatern etc., Fortschritte auf dem Gebiete der Beheizung und Beleuchtung). Während des Congresses werden specielle Ausstellungen stattfinden. Das Arrangement des Congresses übernimmt die Petersburger Gesellschaft von Architekten. (Домъ Императорскаго Общества поощренія художествъ, Мойка 83).

— Wie wir hören, hat das Bureau der allrussischen hygienischen Ausstellung in seiner letzten unter dem Vorsitze Dr. A. Ebermanns stattgehabten Sitzung den Beschluss gefasst, diese Ausstellung auf das Frühjahr 1894 zu verschieben. Es ist dies geschehen in Anbetracht der Befürchtung des Wiederauftauchens der Cholera im Frühjahr 1893, wodurch die Aerzte verhindert sein werden, an der Ausstellung theilzunehmen.

— Die Lepra ist in Kurland recht verbreitet und zwar mehr als man nach den früheren officiellen Daten annahm. Wie aus einem ausführlichen Bericht in der Kurländischen Gouvernements-Zeitung zu ersehen wurden in Kurland nach

officiellen Daten im J. 1886 — 40 Lepröse, 1887 — 57 und 1888 — 41 gezählt. Die auffallende Schwankung in der Ziffer von einem Jahr zum andern beweist die grosse Unzuverlässigkeit der früheren Statistik. In Folge dessen wurde i. J. 1889 auf Initiative des Dr. Meyer in Popen (Kreis Windau in Kurland) vom kurländischen Gouverneur eine genaue Enquête über die Verbreitung der Lepra in Kurland angeordnet, bei welcher zugleich alle wissenswerthen Daten über jeden einzelnen Fall gesammelt werden sollten. Als Resultat ergab diese Enquête 87 Lepröse (44 männl. u. 43 weibl. Geschlechts), von denen die Mehrzahl im Windauschen und Talsenschen Kreise, namentlich am Meeresstrande ansässig war, während der östliche Theil Kurlands (Friedrichstadt—Illuxt) fast gänzlich von der Lepra verschont war. Im Jahre 1891 wurden gelegentlich einer Revision der Krankenhäuser durch den Medicinalinspector noch einige bis dahin nicht bekannte Leprafälle entdeckt.

Auf Anregung der dortigen Aerzte sind daher Vorbereitungen zur Anlage eines Leprosoriums im Windauschen oder Talsenschen Kreise im Gange und sind bereits die Statuten einer kurländischen Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra nach dem Muster des livländischen Vereins höheren Ortes zur Bestätigung vorgestellt worden.

— Die hiesige Zeitschrift für öffentliche Hygiene (Вѣстникъ Общественной Гигіены) macht darauf aufmerksam, dass im November d. J. sich ein Jahrhundert vollendet seit dem Erscheinen des ersten russischen medicinischen Journals, welches den Titel «С.-Петербургскія Врачебныя Вѣдомости» (St. Petersburger medicinische Zeitschrift) führte. Dieses Journal hat aber nur vom 2. November 1792 bis 1. Juli 1798 existirt.

— Auf dem in Folkestone kürzlich abgehaltenen englischen Kirchencongress war auf Veranlassung der Antivivisections - Gesellschaft auch die Vivisectionsfrage zur Discussion gestellt worden. Prof. Victor Horsley, der persönlich erschienen war und in einer meisterhaften, aber schonungslos groben Rede die Lügenhaftigkeit der antivivisectionistischen Behauptungen nachwies, bewirkte, dass diese Discussion statt zu einer weiteren Stärkung der Agitation gegen das Thierexperiment, zu einer kläglichen Niederlage dieser Bewegung führte.

(Allg. med. Centr.-Ztg.).

— Criminelle Therapie der Cholera. In der «Semaine médicale» wird eine chirurgische Behandlung der Cholera durch den belgischen Arzt Lambotte beschrieben. Derselbe machte einen 3 Ctm. langen Bauchschnitt in der Linea alba, näht die sich präsentirende Dünndarmschlinge in die Wunde, eröffnet sie und wäscht nun mittelst einer 1 Meter langen, eingeführten Kautschuksonde den Dünndarm nach oben und nach unten mit einem Liter Sublimatlösung (1/2 ‰) aus. Darauf wird Kaffee, Pfeffermünzthee u dgl. eingegossen. Als Resultat wird gemeldet: Das Erbrechen hörte auf; die Defäcation wurde selten; die Temperatur stieg von 31° auf 36°; der Puls wurde wieder fühlbar und — beide so operirte Patienten starben.

Die vom «Corresp.-Blatt für Schweizer Aerzte» gewählte Titelbezeichnung dieser Mittheilung dürfte gerechtfertigt sein.

— Die Choleraepidemie in Russland ist in den meisten Gegenden, welche von ihr heimgesucht worden, in weiterer Abnahme begriffen. Nur in der Stadt Kiew und dem zugehörigen Gouvernement herrscht sie noch fast ungeschwächt. Vom 6.—18. October kamen in der Stadt Kiew 157 Erkrankungen und 46 Todesfälle an der Cholera vor, während im Gouvernement Kiew diese Zahlen 2171 und 786 betrugen. Von Städten weisen noch Moskau (v. 9.—16. Oct. 49 Erkrankungen, 27 Todesfälle) und Orel (v. 12.—16. Oct. 30, resp. 16) die grössten Zahlen auf.

In St. Petersburg machte sich in der letzten Woche eine Zunahme der Erkrankungen an der Cholera bemerkbar. Vom 21. bis 27. October sind hier 32 Personen neu erkrankt, während in der vorhergehenden Berichtswoche (v. 15.—21. Oct.) nur 18 Neuerkrankungen an der Cholera vorkamen. Zum 27. Oct. verblieben hier 25 Cholerakranke (gegen 19 am 20. Oct.) in den Hospitälern. Nach den officiellen Bulletins betrug die Gesammtzahl der Cholerakranken in St. Petersburg bis zum 27. October 4090, die der Genesenen 2877 und der Verstorbenen 1235.

Nach einer Zusammenstellung der Charkowschen Gouvernements-Zeitung sind im russischen Reiche seit Beginn der Choleraepidemie bis gegen die Mitte des October-Monats, den officiellen Daten zufolge, 220,122 Personen an der Cholera gestorben.

In Hamburg sind keine Cholerafälle mehr vorgekommen und ist die Stadt von der Reichsregierung bereits für seuchenfrei erklärt worden. Ebenso ist Wien, wo von drei dort an der Cholera erkrankt gewesenen Personen der zuletzt erkrankte Mann sich in der Reconvalescenz befindet, und seit dem 24. Oct. n. St. eine Neuerkrankung an Cholera nicht stattgefunden hat, als cholerafrei anzusehen. In Budapest ist die Cholera in ständigem Abnehmen begriffen; in Krakau hat sich seit mehr als 14 Tagen kein Cholerafall ereignet. In Holland sind in der Woche vom 23.—29. Oct. n. St. an der Cholera 12 Personen gestorben. (gegen 21 in der Vorwoche).

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 25. October d. J. 5430 (24 mehr als in der Vorwoche), darunter 133 Typhus — (19 weniger), 627 Syphilis — (7 weniger), 24 Scharlach — (wie in der Vorwoche), 15 Diphtherie — (1 weniger), 20 Masern — (6 mehr), 10 Pocken — (2 mehr) und 19 Cholerakranke (8 weniger als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Es ist die Stelle eines Landschafts-Arztes im Kreise Ljublin (Gouv. Jaroslaw) beim Ochulow'schen Krankenasyl erledigt. Gehalt nebst Quartiergeld 1000 Rbl. jährlich. Adresse: «Любимская Земская Управа».

2) Von der Waldaischen Landschaft (Gouv. Nowgorod) werden zwei Aerzte gesucht. Wegen der Bedingungen hat man sich an die «Валдайская Земская Управа» zu wenden.

3) Es wird ein Arzt für den Flecken Ligumy im Gouv. Gowno gesucht. Auskünfte ertheilt der örtliche Apotheker.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 18. October bis 24. October 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr	Unbekannt.
191	145	336	65	23	45	5	6	8	38	33	36	30	26	15	6	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 5, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 5, Masern 4, Scharlach 4, Diphtherie 1, Croup 4, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 14, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 11, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 2, Tuberculose der Lungen 63, Tuberculose anderer Organe 8, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 23, Marasmus senilis 18, Krankheiten des Verdauungscanals 20, Todtgeborene 21.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 10. November.

Tagesordnung: Dr. Wanach: Ueber die Therapie gangränöser Hernien.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 16. November.

Diejenigen Herren, welche der Bibliothek des Vereins St. Petersburger Aerzte die nachstehend aufgezählten Zeitschriften entnommen haben, ohne den betreffenden Vermerk in dem dazu in der Bibliothek ausliegenden Buch zu machen, werden höflichst ersucht, die Zeitschriften zu retourniren oder über ihren Verbleib Mittheilung zu machen.

1. Virchow's Archiv Band 20.
2. Deutsche medicin. Wochenschrift Jahrgang 1882, 1884, 1886, 1887.
3. Berliner klin. Wochenschrift Jahrgang 1880, 1881, 1883, 1888.
4. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Band 27.

Dr. Wanach,
Bibliothekar des Vereins
St. Petersburger Aerzte.

Дозв. ценз. Спб. 31 Октября 1892 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 45 St. Petersburg, 7. (19.) November **1892**

Ueber Hypochondrie *).

Vortrag gehalten auf dem IV. livländischen Aerztetag am 14. September 1892.

Von

Dr. A. Mercklin,

II. Arzt der Irrenanstalt Rothenberg in Riga.

M. H.! Wenn ich im Nachfolgenden Einiges über Hypochondrie mittheilen will, muss ich bei der gegebenen Kürze der Zeit auf Vollständigkeit verzichten. Ich bitte Sie deshalb keine neue, eingehende Beschreibung der Symptomatologie und Mittheilung besonders interessanter Casuistik zu erwarten. Es liegt mir vielmehr daran, durch einige Betrachtungen etwas zur Verständigung über den Begriff der Hypochondrie unter uns beizutragen.

Auch in der Gegenwart wird der Ausdruck «Hypochondrie» als Krankheitsbezeichnung noch öfters gebraucht. Betrachtet man die Zustände genauer, die so bezeichnet werden, so ergeben sich grosse Verschiedenheiten, wenn man die Summe aller Symptome zusammenhält und den Krankheitsverlauf verfolgt.

Ich muss gestehen, dass, wenn mir von einem Collegen ein Patient zugeschickt wird mit der Bemerkung, dass es sich um einen Hypochonder handle, ich mir — so wie die Dinge jetzt liegen — von der Natur des Leidens ohne eigene Untersuchung ein Bild nicht machen kann und anderen Aerzten wird es ebenso gegangen sein. Derartige Unzulänglichkeiten in der Beurtheilung von Krankheitszuständen sollten aber durchaus beseitigt werden. Deshalb müssen wir auch den Krankheitsbegriff Hypochondrie präciser zu formuliren suchen.

Soll die Bezeichnung Hypochondrie beibehalten werden, so muss zunächst eine Verständigung darüber erfolgt sein, welche Reihe von Symptomen unter diesem Namen zusammengefasst werden soll. Hierüber bestehen, wie wir sehen werden, keine wesentlichen Meinungsverschiedenheiten. Weiter aber fragt es sich: bilden diese als Hypochondrie zusammengefassten Symptome wirklich eine eigenartige Krankheit mit typischem Verlauf — oder ist das, was man als Hypochondrie bezeichnet, ein blosser Symptomencomplex, der als Theilerscheinung in das Bild verschiedener Krankheiten eintritt?

Beide Anschauungen haben ihre Vertreter und aus dieser Meinungsverschiedenheit erklärt sich genugsam, wie ungenügend für die praktische Verständigung die Bezeichnung Hypochondrie ohne weiteren Zusatz ist.

Ein kurzer historischer Rückblick soll uns zur Beantwortung der streitigen Fragen hinüberführen. Bekanntlich reicht die Aufstellung eines Krankheitsbildes «Hypochondrie» zurück bis in die hippokratische und galenische Heilkunde. Eine Erkrankung des ὑποχόνδριον, des Unterleibes, speciell der Verdauungsorgane wird darunter verstanden, gekennzeichnet durch locale Beschwerden und begleitet von psychischen Krankheitserscheinungen. Traurigkeit, Furcht, Angst, schlechter Schlaf mit erschreckenden Träumen werden unter diesen genannt.

Lange Zeit erhält sich diese Anschauung, dass die Hypochondrie eine Organerkrankung der Verdauungsorgane sei, welche secundär von psychischen Symptomen gefolgt ist. Im Laufe der Zeit werden Affectionen verschiedener Abdominalorgane: Magen und Darm, Leber, Pancreas, Milz für die eigentliche Wurzel der Krankheit gehalten.

Erst im XVII und XVIII Jahrhundert trennen sich die Aerzte, welche sich mit dem Studium der Hypochondrie beschäftigen, von dieser Anschauung: nun wird das Hauptgewicht dabei auf die psychischen Symptome gelegt und auf das Nervensystem als den eigentlichen Sitz der Krankheit hingewiesen. Im XIX Jahrhundert ist diese Anschauung bereits allgemein angenommen, über die Stellung der Hypochondrie im System der Nervenkrankheiten, über die Pathogenese der nervösen Symptome,

*) Die zur Orientirung bestimmte Mittheilung erscheint hier in ihrer ursprünglichen Gestalt. Eine ausführliche Betrachtung über den hypochondrischen Symptomencomplex und dessen Beziehungen zur Paranoia wird an anderer Stelle veröffentlicht werden.

über die zugrundeliegenden Abnormitäten der Empfindung, der Erregbarkeit gehen die Meinungen noch auseinander. Unter dem Einfluss englischer, französischer und deutscher Irrenärzte hat um die Mitte unseres Jahrhunderts die Hypochondrie die ihr zukommende Stellung unter den psychischen Störungen bereits eingenommen. Für lange Zeit bleibt in der deutschen Literatur nun Griesinger's Schilderung und Auffassung die maassgebende, welcher die hypochondrischen Zustände als die mildeste, mässigste Form des Irreseins bezeichnet und sie den Schwermuthsformen zurechnet.

Wesentlich dieselbe Auffassung vertritt Jolly bei der Beschreibung der Hypochondrie in Ziemssen's Sammelwerk (1877). Es ist die werthvollste und umfassendste Darstellung der Hypochondrie in monographischer Form, welche die deutsche Literatur aufweist. Jolly versteht unter Hypochondrie einen Zustand psychischer Krankheit und zwar jene Form der traurigen Verstimmung, in welcher die Aufmerksamkeit des Kranken anhaltend oder vorwiegend auf die Zustände des eignen Körpers und Geistes gerichtet ist. Unter den Autoren, welche an dem hypochondrischen Irresein, als besonderer Krankheitsform festhalten, befinden sich auch Gowers (cf. Handbuch der Nervenkrankheiten Bd. III), Schüle (klin. Psychiatrie. III. Aufl. 1886), Arndt (Realencyclopädie 1887) und Mendel. Letzterer behandelte noch 1889 in einem Vortrage die Hypochondrie beim weiblichen Geschlecht (Dtsch. med. Wochenschr. 1889 Nr. 11), wobei er drei Formen dieser den depressiven Geisteskrankheiten zugehörigen Erkrankung beschrieb.

Die Durchsicht der Literatur ergiebt, dass die Mittheilungen über Hypochondrie als besondere Krankheitsform immer spärlicher werden, je mehr wir uns der unmittelbaren Gegenwart nähern. Dies kann nicht etwa darauf bezogen werden, dass die betreffenden Krankheitserscheinungen als solche seltener geworden sind. Vielmehr hat eine weitere Beobachtung derselben zu einer anderen Anschauung über ihre Classificirung geführt und dieser immer mehr Anhänger gewonnen. Diese neue Anschauung, welche in der Hypochondrie weniger eine selbständige Nervenerkrankung, als eine Symptomengruppe, eine Theilerscheinung anderer Neurosen resp. Psychosen erblickt, gründet sich zum Theil auf das genaue Studium bereits früher aufgestellter Krankheitsformen (so besonders der Melancholie und der Paranoia, cf. Tuczek. Allg. Ztschr. f. Ps. Bd. 39) Zum anderen, grössern Theil hat aber die Einbürgerung des zuerst in Amerika von Beard geschaffenen Krankheitsbegriffs der Neurasthenie auch in Europa den Begriff der Hypochondrie als einer selbständigen Krankheit zurücktreten lassen. In dem symptomenreichen Bilde der Neurasthenie nehmen hypochondrische Zustände: Furcht vor Krankheiten, peinliche Selbstüberwachung aller Functionen des Körpers so häufig eine hervorragende Stelle ein, dass viele Autoren bald den engeren Begriff der Hypochondrie in den weiteren der Neurasthenie aufgehen liessen. Die Hypochondrie — eine häufige Erscheinungsform der Neurasthenie, eine Theilerscheinung dieser vielgestaltigen Nervenerkrankung; diese Anschauung vertreten unter Anderen Beard, Eulenburg, v. Ziemssen, Kraepelin[1]). Charcot will beobachtet haben, dass das hypochondrische Element sich besonders in den Fällen von Neurasthenie kund giebt, bei welchen eine erbliche Belastung vorhanden ist.

Wenn wir nun zu diesen verschiedenen Anschauungen auf Grundlage eigener Beobachtungen Stellung zu nehmen suchen, ergiebt sich Folgendes: Traurige Verstimmung, ängstliche Selbstbeobachtung, in die verschiedensten Organe localisirte Sensationen, Befürchtung an verschiedenen, objectiv nicht nachweisbaren Leiden erkrankt zu sein — das sind Symptome, die wir in inniger Verbindung, in gegenseitiger Abhängigkeit häufig bei Nervenkranken beobachten. Es ist eine wohl charakterisirte, leicht in die Augen fallende Symptomengruppe. Sie erfordert schon zum Zweck schneller Verständigung eine besondere Bezeichnung. Die historische Bezeichnung: «hypochondrisch, Hypochondrie» für diese Symptomengruppe wird kaum mehr auszurotten sein, wir haben uns zu sehr an sie gewöhnt, auch nachdem wir es aufgegeben haben sofort eine Affection der Unterleibsorgane ätiologisch mit diesen Symptomen zu associiren. Wir behalten also die alte Bezeichnung bei und sprechen vorläufig von einem hypochondrischen Symptomencomplex. Die unbefangene Betrachtung ergiebt weiter, dass diese Symptomengruppe uns bei sehr verschiedenen Krankheitszuständen entgegentritt, bald mehr isolirt, bald mit anderen verschiedenwerthigen Symptomen verbunden, bald temporär in einem Krankheitsverlauf auftauchend, bald mehr dauernd und intensiv den Vordergrund eines Krankheitsbildes beherrschend. Schon im Kindesalter kommen hypochondrische Zustände zur Beobachtung. Meist sind es nervös disponirte, erblich belastete Kinder, welche diese Symptome zeigen. Das Krankheitsbild ist ein verschiedenes nach den anderen nervösen Symptomen, die gleichzeitig mit vorhanden sind. Zwangsvorstellungen, (nicht hypochondrischen Inhalts), nächtliches Aufschrecken, explosive Reizbarkeit und Anderes kommt vor. So erscheint hier das hypochondrische Element als eine Symptomenreihe unter anderen. Bei Erwachsenen sehen wir in den verschiedensten Psychosen den hypochondrischen Symptomencomplex hervortreten. So im depressiven Wahnsinn, in der melancholischen Phase der circulären Psychosen, bei der Paranoia, besonders in den als «Verfolgungswahn» sich darstellenden Formen, bei progressiver Paralyse, im Entwickelungsstadium von Hirntumoren, im senilen Blödsinn. Hysterie und Epilepsie können mit der hypochondrischen Symptomengruppe verbunden sein. So wird, wo sich dieser Symptomencomplex zeigt, die körperliche wie die psychische Exploration des Patienten nach allen Seiten weiter geführt werden müssen, um nicht oberflächlich an dieser einen Symptomenreihe hängen zu bleiben.

Ein 35-jähriges lediges Fräulein wird unserer Anstalt zur Behandlung zugeführt. Seit Jahren leidet die Pat. an Verdauungsstörungen, die mit den verschiedensten Mitteln und Curen ohne Erfolg behandelt wurden. Neigung zu Obstipation, peinliche Sensationen im Abdomen, Kopfcongestionen. Der hypochondrische Symptomencomplex ist deutlich ausgeprägt: die Stimmung eine deprimirte, die einzige Beschäftigung besteht in genauer Selbstbeobachtung, zu der die verschiedensten Sensationen sie immer wieder auffordern. «In der linken Seite sitzt es wie ein fremder Körper, der sich nicht zertheilen will. Im ganzen Körper ist ein Gefühl entsetzlicher Schwäche». Sie kann ohne starke Beschwerden nur ganz bestimmte Speisen und diese nur gekühlt geniessen. Sie kann nur leichte, nicht anschliessende Kleider tragen, weil das Athmen sonst garnicht geht. Sie muss immer einzelne Arzeneien, namentlich ätherische Tropfen zur Hand haben, weil sie eine plötzliche Ohnmacht fürchtet. Die Versuchung liegt nahe — nach Constatirung dieser Symptome hier im Sinne der alten Anschauung von Hypochondrie zu sprechen. Die Patientin wurde von Laien auch einfach für hypochondrisch gehalten. Der Umstand, dass sie ihre Speisen beim Abkühlen immer ängstlich zudeckt und dass sie bei der Unterhaltung mit dem Arzt es vermeidet, ihm ins Gesicht zu sehen, sondern das Gesicht zur Wand zu drehen sucht, veranlasst uns, sie weiter auszuforschen. Es ergiebt sich nun, dass sie glaubt, die peinlichen Empfindungen würden ihr von aussen künstlich gemacht. «Von den Menschen, von den Wänden geht es auf sie über, es muss Elektricität sein; man lässt aufregende Substanzen

[1]) Vergl. auch die Betrachtungen von Möbius: «Ueber die Eintheilung der Krankheiten» Centralbl. f. Nervenheilkunde. 1892. Juli.

in die Speisen gelangen, um ohne ihr Wissen ihr Nervensystem zu erschüttern». Also ein ausgesprochener Verfolgungswahn. Diese Pat. leidet sicher an Paranoia. Es würde den wahren Zustand und die Prognose uns verschleiern, wenn hier der gleichzeitig sehr ausgesprochene hypochondrische Symptomencomplex zur Benennung der ganzen Krankheit benutzt würde.

Ein anderer Fall: 1889 wurde ich zu einem 40-jährigen intelligenten Manne gerufen, der seit Monaten in seiner Leistungsfähigkeit durch nervöse Symptome gehemmt war. Der in seiner Ernährung reducirte Patient, welcher sich in sehr gedrückter Stimmung befand, beschrieb selbst zusammenhängend und genau seinen Zustand. Er fürchtete ein schweres Nervenleiden ziehe heran, denn er sei in letzter Zeit mehr zerstreut als sonst, jede Beschäftigung erfordere eine grosse Willensanstrengung, sein Gedächtniss nehme entschieden ab. Dies Alles habe seinen tieferen Grund in dem Zustande seines Magendarmcanals, er könne eigentlich gar nicht essen, denn er verdaue nichts, es bestehe die hartnäckigste Obstipation und wenn er dann Abführungsmittel nehme, komme es zu schwächenden Durchfällen. Bei diesem Zustande des Darmes könne er nie gesund werden. Ich erfuhr, dass Pat. seine Verdauung in ängstlicher Weise überwache, dass er ausser Ei, Beafsteaks, und Wein kaum etwas zu sich nehme. Auch diese Speisen waren ihm nie weich genug und er zeigte sich gereizt über die angebliche schlechte Zubereitung. Vor allen Dingen also ein hypochondrischer Zustand. Bei der gemeinsam mit dem Hausarzt des Pat. vorgenommenen Untersuchung fanden wir die linke Pupille weiter als die rechte, jedoch beiderseits erhaltene Licht- und Convergenzreaction, gesteigerte Patellarreflexe — sonst keine objectiven Symptome. Als der Pat. sich wieder ankleiden sollte, fiel uns die grosse Ungeschicklichkeit beim Anknöpfen des Hemdkragens und beim Zuknöpfen der Cravatte auf. Es dauerte ungewöhnlich lange bis er damit fertig wurde. Er soll sich indessen nie durch Geschicklichkeit ausgezeichnet haben. Wir hätten uns gern mit der Diagnose: Nervenschwäche, Hypochondrie beruhigt, konnten aber den Verdacht, dass es sich um mehr, und zwar um beginnende progressive Paralyse handele, nicht von der Hand weisen; auch der Umstand, dass Pat. vor 10 Jahren an Lues gelitten hatte, konnte diesen Verdacht nicht zerstreuen, mehr bestärken. Der Sommer 1889, zu welcher Zeit Pat. unter Leitung eines geschätzten Collegen eine Mastkur durchmachte, brachte eine entschiedene Besserung des körperlichen und psychischen Befindens, der betreffende Herr College meinte deshalb einen Neurastheniker vor sich zu haben. Im Frühjahr 1890 hatte ich noch einmal Gelegenheit, den Kranken zu sehen. Die für progr. Paralyse charakteristische Abnahme der psychischen Fähigkeiten, besonders des Gedächtnisses, die Inconsequenz von Vorsätzen und Handlungen, der leichte Wechsel der Affecte war jetzt sehr deutlich; ein hypochondrischer Zug aber noch immer vorhanden. Der Pat. hielt auch jetzt seinen Magen für den Sitz des Leidens und beunruhigte sich darüber, dass man der Behandlung des Magens zu wenig Aufmerksamkeit schenkte. Im Sommer 1890 erlitt Pat. einen Anfall von schwerer Ohnmacht und ging im unmittelbaren Anschluss daran nach wenigen Tagen zu Grunde.

Ich, hoffe es wird deutlich geworden sein: der bekannte hypochondrische Symptomencomplex kann in das Krankheitsbild verschiedener Nervenaffectionen als Theilerscheinung eintreten. Nun fragt es sich aber weiter: giebt es nicht Fälle, in denen dieser Symptomencomplex fast isolirt auftritt und für lange Zeit so im Vordergrunde bleibt, dass man nach dem Satz «a potiori fit denominatio» doch von Hypochondrie als besonderer Krankheitsspecies sprechen darf? Wie sind die Fälle aufzufassen, die den oben genannten Beschreibungen von Jolly, Schüle, Mendel zu Grunde liegen?

M. H.! Es hiesse den natürlichen Verhältnissen Zwang anthun, wenn man leugnen wollte, dass es eine Form von nervöser Erkrankung giebt, bei der hypochondrische Symptome so sehr das Bild beherrschen, dass die anderen nervösen Symptome, wenn sie auch immer gleichzeitig vorhanden sind, weniger schwer erscheinen. Nach geistiger Ueberanstrengung, nach traumatischen Einflüssen, nach sexuellen Excessen, zur Zeit schwerer Epidemien kommen — um nur einige Gruppen von Fällen zu erwähnen — solche Zustände zur Beobachtung. Hier haben die hypochondrischen Einbildungen einen nicht so fixen Charakter, wie bei hypochondrischer Paranoia, sondern bleiben oft auf der Stufe von blossen Befürchtungen stehen. Der Belehrung und dem Zuspruch des Arztes gelingt es, sie vorübergehend zum Schwinden zu bringen, der Inhalt wechselt. Nach Wochen, Monaten, Jahren sind diese Zustände der Heilung, resp. der Besserung fähig. Befragt man diese Kranken genauer, so erfährt man meist, dass sie schon früher «nervös» waren, oder dass sich nun auch noch andere Zeichen von Nervosität bei ihnen eingefunden haben.

Diese Symptome hat u. A. Jolly (l. c.) eingehend beschrieben. Er rechnet zur Hypochondrie als complicirende Erscheinungen: Sensibilitätsstörungen verschiedener Art, motorische Schwäche in verschiedener Form, den Kopfdruck in seinen verschiedenen Qualitäten. Auch die verschiedenen Formen krankhafter Furcht, so die Furcht allein zu sein, die Furcht vor grossen Versammlungen, vor weiten Plätzen, vor Berührung gewisser Gegenstände, die Zweifel- und die Fragesucht finden unter den hypochondrischen Zuständen ihre Beschreibung. Vergleicht man diese Beschreibung mit der Schilderung der Neurasthenie, wie sie jetzt gewöhnlich gegeben wird, so decken sich die Symptome vollständig. Für welche Bezeichnung dieser Zustände sollen wir uns entscheiden?

Es ist hier nicht der Ort, um ausführlich die Berechtigung zur Aufstellung des Krankheitsbegriffs der Neurasthenie zu discutiren. Mag auch gern zugegeben werden, dass dieser umfassende Begriff nicht nach allen Seiten hin scharf begrenzt ist, soviel ist gewiss: in der Praxis hat sich derselbe gut bewährt. Für eine ganze Reihe von nervösen Symptomen, die theils auf erblicher Grundlage, theils ohne eine solche durch die mannigfaltigen Schädlichkeiten des modernen Culturlebens erworben werden, Symptome, deren Beginn durchaus an das bekannte Bild der Ermüdung anknüpft, war jetzt eine zusammenfassende Benennung gefunden, die weiter nichts präjudicirt, als dass hier functionelle, ausgleichbare Schwächezustände des Centralnervensystems vorliegen. Für einen Sammelbegriff ist diese zugleich unseren pathogenetischen Anschauungen Rechnung tragende Bezeichnung jedenfalls geeigneter als der Ausdruck Hypochondrie, bei dem wir durch traditionelle Gewöhnung zunächst nur an die bestimmten Cardinalsymptome denken. Genau unter denselben ätiologischen Bedingungen wie die übrigen Zeichen der Neurasthenie und häufig mit ihnen vereinigt sehen wir den hypochondrischen Symptomencomplex zu Tage treten. Wir sprechen dann folgerichtig von Neurasthenie mit Vorwiegen der hypochondrischen Symptome. Stützt sich diese Diagnose auf eine gewissenhafte Krankenuntersuchung, so ist zugleich damit ausgesprochen, dass schwerere Störungen mit hypochondrischem Charakter ausgeschlossen sind: so namentlich fixe hypochondrische Wahnvorstellungen (die, mögen sie allein oder in Verbindung mit Verfolgungswahn auftreten, dem Gebiet der Paranoia zuzuweisen sind), progr. Paralyse mit hypochondrischen Symptomen u. s. w.

M. H.! Wie Sie sich nun auch zu dem hypochondrischen Symptomenbild, seiner Selbständigkeit oder seiner Unterordnung unter andere Krankheitsformen stellen mögen, das Eine werden Sie zugeben, dass es sich hier um mehr handelt als eine blosse Wortklauberei, dass vielmehr das

Interesse der praktischen Verständigung solche Betrachtungen veranlasst. Die blosse Bezeichnung «Hypochondrie» kann leicht zu Missverständnissen führen und ist noch keine Diagnose. Es giebt einen gut charakterisirten hypochondrischen Symptomencomplex, aber er ist eine Theilerscheinung verschiedener Nervenkrankheiten. In jedem einzelnen Fall bleibt es unsere Aufgabe diese Nervenkrankheit gleichzeitig näher zu bezeichnen.

Referate.

Prof. A. Fraenkel (Berlin): Ueber primären Endothelkrebs (Lymphangitis prolifera) der Pleura. (Verhandlungen des 11. Congresses für innere Medicin gehalten zu Leipzig, 1892.

Redner giebt zunächst die Symptome an, welche die Betheiligung des Brustfelles bei dem Vorhandensein einer malignen Geschwulstbildung in der Brusthöhle dokumentiren, und zwar sind die wichtigsten diagnostischen Hilfsmittel: 1) Nachweis von Geschwulstpartikelchen in der durch Punction gewonnenen Pleuraflüssigkeit; 2) der Fettgehalt der Pleuraflüssigkeit; 3) die hämorrhagische Beschaffenheit des Exsudates und 4) Verengerung des Brustkorbes, namentlich an den hinteren und seitlichen Partieen durch Schrumpfung der beiden Pleurablätter. — Daran anknüpfend wird ein Fall beschrieben, bei welchem auf Grund obiger Symptome ein Carcinom der Pleura diagnosticirt wurde, während die Section das Bestehen einer Krankheitsform ergab, die von E. Wagner und von Rich. Schulz unter der Bezeichnung Endothelkrebs beschrieben worden ist. Der Krankheitsverlauf dauerte von dem Tage, an welchem eine, allerdings vielleicht schon einige Zeit bestehende Pleuritis constatirt wurde, bis zum Tode nicht viel mehr als 6 Wochen. Trotz des starken Blutgehaltes des Pleuraexsudates und trotz des negativen Ergebnisses der Untersuchung des Auswurfes, musste zuerst eine tuberkulöse Pleuritis angenommen werden. Als aber 5 Tage vor dem Tode eine geschwollene linke supraclaviculäre Lymphdrüse gefunden wurde, die etwa haselnussgross und von weicher Consistenz war, und die mikroskopische Untersuchung der bei einer zweiten Punction entleerten Exsudatflüssigkeit eine erhebliche Menge grosser epithelartiger Zellen, die zum Theil rundlich, zum Theil exquisit polymorph und polyedrisch, sowie keulenförmig und geschwänzt und theilweise mit Fetttropfen erfüllt waren, aufwies, schien die Diagnose carcinomatöse Pleuritis gesichert. Zur Befestigung derselben trug die relativ schnell auftretende Verengerung des hinteren Thoraxumfanges auf der linken Seite bei. Es bestand kein Symptom, welches mit Sicherheit auf eine Betheiligung des Pericards hingewiesen hätte. Die Section ergab ein eigenthümliches Aussehen des Pericards und der Pleura sinistra, indem das Gewebe beider aufs Beträchtlichste (bis $^1/_2$ Cm. Durchmesser) verdickt und in ziemlich starrwandige, überaus derbe Membranen verwandelt waren. Von Knollen- oder sonstiger Tumorbildung war nirgends etwas zu sehen, die Innenfläche der schwieligen Platten erschien sogar nach Entfernung der stellenweise fest adhärirenden fibrinösen Auflagerungen an vielen Stellen durchaus glatt, an anderen Stellen, war das Aussehen durch grubige Vertiefungen mit umgebenden balkenartigen und leistenförmigen Vorsprüngen ein exquisit trabekuläres. Der Durchschnitt bot eine weissliche Farbe, narbengewebeartige Beschaffenheit dar. Sowohl auf der freien Fläche der Pleura als auch auf dem Durchschnitt traten schon bei verhältnissmässig geringfügigem Druck hier und da milchweisse Tropfen einer chylusartigen Flüssigkeit aus. Das Lungengewebe erwies sich bis auf Lungenatelektase als völlig normal. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine gleichmässige, zellarme Bindegewebswucherung, innerhalb deren die Lymphspalten erheblich dilatirt erschienen und sich mit polymorphen, meist kubischen, bläschenförmige Kerne führenden Zellenelementen epithelialen Charakters erfüllt zeigten. Diese füllten in dichter Aneinanderlagerung das Lumen der Spalträume theils aus, theils liessen sie noch einen kleinen Hohlraum zwischen den einander gegenüberliegenden epithelartigen Zellbesätzen frei. Nirgends fanden sich bei den Zellen irgend welche der beim Carcinom so häufig anzutreffenden Degenerationsvorgänge, Zelleinschlüsse etc.

Die gewucherten Elemente waren zweifellos aus dem Endothelbelag der Lymphgefässe resp. der fixen Bindegewebszellen der Lymphspalten hervorgegangen.

Die Pleura selbst zeigte auf den Querschnitten eine fibrinoïde Entartung der oberflächlichsten Gewebsschichten, ihr Endothel fehlte zum grössten Theile, während an anderen Orten auch an ihm eine entschiedene Wucherung mit Bildung mehrschichtiger Zellstrata derselben kubischen, zum Theil polymorphen epithelialen Elemente, wie in den Lymphgefässen, wahrzunehmen war. An Flachschnitten der Pleura sah man dieselben Verhältnisse, nur dass die Wucherung wandständiger Zellen in den Spalträumen des mehr oder weniger zellreichen Bindegewebes noch mehr ins Auge fiel. Die Lymphspalten und Gefässe der Pleura diaphragmatica und mediastinalis waren besonders dilatirt und mit epithelartigen Zellmassen dicht erfüllt, so dass dieselben grossen Krebsalveolen täuschend ähnliche Formen aufwiesen.

Schnitte aus der entarteten Lymphdrüse liessen nichts mehr von dem eigentlichen Drüsenparenchym erkennen, statt dessen fand man ein im Ganzen zellarmes, mehr oder weniger dickbalkiges Stroma, welches von kleineren und grösseren sinuösen Hohlräumen durchsetzt war. In denselben fanden sich epithelartige Zellelemente von der gleichen Beschaffenheit, wie sie an den die Lymphspalten der Pleura erfüllenden geschildert wurden.

Fraenkel bemerkt, dass die Erkrankung in einer Reihe von Fällen unzweifelhaft ihren Ausgang primär von dem Brustfell nimmt und ebenso auch an anderen serösen Häuten, z. B. am Bauchfell zur Beobachtung gelangt; ferner dass sie, wo die Pleura der zuerst befallene Theil ist, die Neigung besitzt, auf die Lunge überzugreifen und in den Lymphbahnen derselben durch Wucherung der Endothelien ganz analoge Veränderungen zu bewirken, wobei häufig ein Bild hervorgerufen wird, das wie der echte Lungenkrebs aussieht. Allein der Lymphgefässkrebs der Lunge unterscheidet sich vom Endothelkrebs dadurch, dass im ersteren Fall die Endothelien der Lymphgefässe bei der Ausfüllung mit Krebsmassen gänzlich unbetheiligt sind, während sie im zweiten Fall in Folge activer Wucherung und metabolischer Umwandlung den hauptsächlichsten Antheil an der Neubildung tragen.

Vortragender spricht die Wahrscheinlichkeit aus, dass mancher Fall von callöser Pleuritis mit vorliegender Affection gelegentlich verwechselt worden sei, was häufig durch die mikroskopische Untersuchung der Pleuraexsudate, namentlich der hämorrhagischen, vermieden werden könne.

Zum Schluss äussert sich F. im Allgemeinen über die Metastasen, die Prognose und das mikroskopische Bild der vorliegenden Krankheit, wobei er ihre von vornherein ausgesprochene Neigung zu diffuser Ausbreitung betont und es nahelegt, die Bezeichnung Endothelkrebs fallen zu lassen, weil sie nur irrthümlichen Auffassungen Vorschub leistet. Er neigt sich mehr der Ansicht zu, dass diese Affection eher zu den infectiösen Entzündungen als zu den Geschwülsten zu zählen sei, und proponirt, die von Schweninger vorgeschlagene Benennung «Lymphangitis prolifera» anzunehmen.

C. Tomberg.

W. Balser (Köppelsdorf): Ueber multiple Pankreas und Fettnekrose. (Verhandlungen des elften Congresses für innere Medicin gehalten zu Leipzig 1892).

Von der Wahrnehmung ausgehend, dass bei vielen Sectionen von Erwachsenen im Pankreas und seiner nächsten Umgebung zwischen den Drüsenläppchen und in dem Fettgewebe opake, gelbweisse, punktförmige bis stecknadelkopfgrosse Herde gefunden werden, die bei der mikroskopischen Untersuchung eine sehr eigenthümliche Beschaffenheit zeigen, so dass Vortragender sie als «Fettnekrose» bezeichnet, berichtet uns B. von 2 Fällen, von denen der eine, plötzlich verlaufende, das anatomische Bild einer sogenannten Pankreasblutung darbot, während der andere mehr chronisch verlaufende eine grosse, in der Pankreasgegend gelegene, einem Abscess etwa ähnliche, vielfach bucklige Höhle zeigte, die mit einer dünnbreiigen, graugelben, trüben Flüssigkeit gefüllt war, in der zahlreiche Fetzen und Brocken bis nahezu Hühnereigrösse schwammen, welche durch die mikroskopische Untersuchung als abgestorbenes Fettgewebe nachgewiesen wurden. Nicht blos die ersten Anfänge dieses seltsamen Processes, sondern auch die zum Tode führenden schweren Veränderungen kommen gar nicht so selten vor, und zwar sind es hauptsächlich 2 Gruppen, die natürlich manche Uebergänge in einander zeigen. Einmal kommen schnell unter Collaps oder acut peritonitischen Erscheinungen zum Tode führende Fälle vor, bei denen die Blutungen im Vordergrund des anatomischen Bildes stehen, und anders mehr chronisch verlaufende Fälle, bei denen die nekrotisirenden Processe vorwiegen, meist mit Ansammlung der erwähnten dünnbreiigen, schmierigen, an nekrotischen Gewebsfetzen reichen Flüssigkeit in grossen, oft bis ins Becken reichenden buckligen, gewöhnlich extraperitonealen Höhlen. Vortragender legte sich die Frage vor, ob diese in kleinen Anfängen beim Menschen so häufige, in ihrer schweren Form, besonders bei sehr fettreichen Menschen, nicht so selten anzutreffende Krankheit auch bei sehr fetten Thieren vorkomme, und gelangte zu einem positiven Resulat. Bei Ochsen, Kälbern und Hämmeln allerdings liess sich keine derartige Krankheit constatiren, wohl aber fanden sich bei sämmtlichen untersuchten 15 ungarischen Schweinen Fettnekrosen in und um das Pankreas, sowie bei 2 von 20 untersuchten deutschen Landschweinen Spuren

derselben Krankheit. Später wurde das Material noch bereichert durch das erkrankte Pankreas von 9 ungarischen und 2 deutschen Landschweinen, sämmtlich mit sehr ausgesprochenen «Fettnekrosen». Auch bei fettreichen algerischen Schweinen fand sich häufig dieselbe Erkrankung. Sehr möglich ist es, dass die Erkrankung mit der Maismast in Zusammenhang gebracht werden kann. Interessant ist die Thatsache, dass die Nekrosen sich vielfach zu Anilinfarben anders verhalten, als das Drüsen-Binde- und Fettgewebe.

Auch bakteriologisch hat B. die Erkrankung untersucht und auf Nährgelatine, Agar und Glycerinagar eigenthümliche Culturen gezüchtet, die zimmtrothe, korallenähnliche Wucherungen darstellten, die mikroskopisch aus kurzen Stäbchenbakterien bestanden. Ueberimpfungen der Culturen in die vordere Augenkammer von Kaninchen ergaben positive Resultate.

Redner ist der Meinung, dass die Fettnekrose beim Menschen und beim deutschen, algerischen und ungarischen Schwein makroskopisch und mikroskopisch dieselben morphologischen Verhältnisse zeigt, dass sie beim Menschen auch in ihrer schweren Form nicht gar zu selten auftritt und zuweilen die einzige Erklärungsmöglichkeit für die plötzlichen und unerwarteten Todesfälle nach acuten oder chronischen Krankheiten ist.

C. Tomberg.

G. Klemperer (Berlin): Klinischer Bericht über 20 Fälle specifisch behandelter Pneumonie. (Verhandlungen des elften Congresses für innere Medicin gehalten zu Leipzig. 1892).

Im Anschluss an den Vortrag von F. Klemperer, aus welchem hervorgeht, dass beim Thierversuch eine Heilung der Pneumokokkeninfection auf zweierlei Weise möglich ist, nämlich 1) durch das Impfen mit dem Serum immunisirter Thiere und 2) durch das Impfen mit erwärmten concentrirten Culturen, berichtet Redner über die Resultate, welche die Anwendung dieser Heilmethode bei einigen an Pneumonie erkrankten Menschen ergeben hat. Zunächst handelt es sich um 12 Fälle von Pneumonieen, die mit dem Serum immunisirter Kaninchen behandelt wurden. Das Serum wurde gewonnen durch einfaches Abstehenlassen des aseptisch entzogenen Blutes von Kaninchen, denen mehrere Wochen hindurch auf 60° erwärmte, meist filtrirte Culturen von Pneumokokken in steigender Dosis theils subcutan, theils intravenös injicirt waren. Als genügend immunisirt galten die Thiere, die 5 CCm. virulente Bouilloncultur fieberlos vertrugen. In mehreren Selbstversuchen wurde zuerst bewiesen, dass die Injection von 1—4 CCm. des Serums der immunisirten Thiere beim Menschen einen absolut indifferenten Eingriff darstellt. Die Injectionen wurden unter aseptischen Cautelen unter die Haut der Glutäalgegend gemacht, die momentane Schmerzhaftigkeit verging bald, keine üble Nachwirkungen wurden beobachtet. Im Uebrigen war die Pflege, Ernährung und Behandlung dieselbe, wie bei den anderen Fieberkranken. In 5 von diesen 12 Fällen kam es alsbald nach der Injection zur regulären Krise, wobei in 2 Fällen der eigentlichen Krise eine tiefe Pseudokrise vorherging. Allein es fehlt der Beweis, dass die Krise auch wirklich die Folge der Injection gewesen ist. Anders steht es mit den folgenden 7 Fällen, wo jedesmal meist 4—8 Stunden nach der Injection eine Temperaturherabsetzung so wie fast immer eine Erniedrigung der Pulsfrequenz eintrat. Der Temperaturabfall war verschieden gross (von 1° bis 3°) und von verschiedener Dauer (bis zu 24 Stunden). Die Respirationsfrequenz war nicht so regelmässig herabgesetzt. In keinem Fall wurde der locale Entzündungsvorgang von den Seruminjectionen irgend wie beeinflusst, häufig schritt sogar die Infiltration während der Wirkung des Serums vor. Das Serum hatte eben nur die Wirkung des Pneumotoxins aufgehoben und die Zeichen der Intoxication, Fieberhitze und hohe Pulsfrequenz, nur vermindert. Die Dyspnoe, die zum Theil von der Raumbeschränkung in der Lunge herrührte, konnte dagegen natürlich nicht immer ermässigt werden. Das Vorschreiten der Infiltration erklärte sich dadurch, dass die Pneumokokken durch das Serum weder getödtet noch in ihrer Entwicklung gehemmt werden. Der erzielte Giftbindungs. effect war also nur schnell vorübergehend und geringfügig. Das mag in der Abstammung des angewandten Serums seinen Grund haben, indem bei grösseren Thieren z. B. dem Pferde leicht ungleich höhere Immunitätsgrade zu erzielen sind als beim Kaninchen, und das Serum um so heilkräftiger ist, je höher immun das Ausgangsthier.

Ferner hat K. 8 Fälle von Pneumonie mit concentrirten erwärmten Reinculturen behandelt. Es ist ja erwiesen, dass die pneumonische Krise dadurch eintritt, dass der Körper unter Benutzung der Bakterienproducte (Pneumotoxin) den giftbindenden Schutzstoff (Antipneumotoxin) selbst bildet. Es kommt also darauf an, dem Körper die wirksamen Bakterienproducte ohne deren ursprüngliche Giftwirkung zuzuführen. Die Giftwirkung wird durch mässige Erwärmung (60°) zerstört, während die immunisirende Wirkung erhalten bleibt. Die concentrirten erwärmten Bouillonculturen sind für den Menschen absolut unschädlich. Klemperer kommt zum Schluss, dass keiner von den 8 Fällen den Erwartungen widersprochen hat, die nach den Resultaten der Thierversuche er zu hegen berechtigt war, dass aber die Anzahl von Beobachtungen zu klein ist, um ein Urtheil über den Werth dieses Verfahrens zu begründen. In der That trat unter 8 Fällen 7 mal 1—2 Tage nach der Injection reguläre Krise ein, während es im 8. Fall um einen sehr herabgekommenen Potator mit äusserst schweren Erscheinungen sich handelte.

C. Tomberg.

Prof. P. Fürbringer (Berlin): Zur Kenntniss der Pseudogallensteine und sogenannten Leberkolik. (Verhandlungen des 11. Congresses für innere Medicin gehalten zu Leipzig. 1892).

Der Vortragende berichtet über 4 Fälle, in denen ihm von auf Cholelithiasis verdächtigen Patienten weissgelbe, lehmfarbene bis rothbraune, durchweg harte Gebilde von der Grösse eines Sandkorns bis einer Erbse zugegangen sind, von denen namentlich der grösste, einer halbirten Bohne gleichende, durch seine maulbeerähnliche Oberfläche und ebene Sprengfacette leicht den Eindruck eines Gallensteines machen konnte. Eine genauere Untersuchung dieser Steine jedoch ergab, dass ihnen sowohl jede Spur von Cholesterin, als auch Gallenpigment mangelte. Bei der mikroskopischen Untersuchung stellte es sich heraus, dass ihr Material durchweg aus charakteristischen Steinzellen bestand, Pflanzenzellen mit ungewöhnlich stark verdickten und von Porencanälen durchzogenen Wänden, die vielleicht Knochenkörperchen und Bandwurmgliedern ähneln. Diese Steine hatten also mit der Leber nichts zu thun, sondern entstammten vegetabilischer Nahrung, vermuthlich Kernobst. Dr. Schwerin im Krankenhause Friedrichshain lenkte zuerst nach verschiedenen vergeblichen Identificirungsversuchen die Aufmerksamkeit auf die Birne, und konnte Vortragender in der That nach einer Vergleichcontrolle die Identität ausser Frage stellen. Die bekannten, zumal bei «steinigen» Birnen massenhaft um das Endocarpgehäuse im Fruchtfleisch sitzenden und sich bisweilen in grösseren Concretionen in den Kelchrest fortsetzenden Körner hatten die Rolle von Gallensteinen gespielt. Später hat Redner dieselben in grosser Menge beim Abschlämmen der Stühle von Krankenhauspatienten, denen Birnencompot gereicht worden, wieder gefunden.

Er macht darauf aufmerksam, wie leicht in solchen Fällen eine irrthümliche Beurtheilung von Fremdkörpern als Einschlüsse von Stuhlgängen zur Fehldiagnose und folgerichtig falschen Indicationsstellung führen kann und diese Täuschung zur Ursache einer wenig rationellen Behandlung führen kann.

Im Anschluss hieran bespricht er die sogenannte Colica hepatica. Sie kommt seiner Meinung nach als reine Neuralgie garnicht so selten vor; namentlich bei Neurasthenikern und Chlorohysterischen trifft man sie häufiger. Der Vortragende erinnert an seine Bemerkungen, welche er im vorjährigen Congresse in Wiesbaden als Correferent über die Gallensteinkrankheiten bei Gelegenheit der Würdigung der Diagnose des Leidens gegen die nervöse Leberkolik gegeben: «Nicht recht verstehe ich die vorwiegend ablehnende Haltung zu der Häufigkeit der differentialdiagnostischen Schwierigkeiten gegenüber der im Gebiete des Plexus hepaticus verlaufenden «Leberkolik». Mit Budd und Frerichs muss ich die letztere als ein bei Neurasthenikern und Chlorohysterischen nicht seltenes Symptom ansprechen. Es kann, zumal bei der Gegenwart von Schmerzpunkten, dem ohne Icterus verlaufenden Gallenkolikanfall wie ein Ei dem anderen gleichen». Er hält noch heute an dieser Meinung fest, nur glaubt er einige Kriterien erkannt zu haben, geeignet, jene diagnostischen Schwierigkeiten in etwas zu verringern. Zwei der vier obenerwähnten Patienten haben an Leberkoliken gelitten und im Vereine mit dem geschilderten Pseudocholelithenbefunde eher den Eindruck veritabler Gallensteinkoliken gewinnen lassen. Ausserdem hat Vortragender vor dieser Zeit und im letzten Semester einige einschlägige Fälle beobachtet, so dass er über ein halbes Dutzend sicherer Beobachtungen verfügt. Die nervöse Leberkolik kann, wie gesagt, der Colica calculosa in Bezug auf den einzelnen Anfall vollständig gleichen. «Wie sollte es auch anders sein, da hier wie dort der Begriff der «Visceralneuralgie» gegeben ist, derselbe Nervenplexus getroffen wird». Das auslösende Moment, welches bei der Colica calculosa durch den Gallenstein gegeben ist, entzieht sich im anderen Falle, wie bei den anderen Visceralneuralgien, dem Magenkrampfe, der Ovarie, der Pleurodynie der Neurastheniker und Hysterischen unserer Kenntniss. Alle seine erwähnten Patienten waren blutarme Hysteroneurasthenische, fünf junge Mädchen und Frauen im Alter von 15—25 Jahren, der sechste ein 40jähriger Beamter. In Bezug auf das Grundleiden macht Vortragender auf die Häufigkeit der hochgradigen Steigerung des Patellarreflexes aufmerksam, ein Symptom, das seiner Meinung nach viel zu wenig gewürdigt wird. Er pflichtet Frerichs in der Betonung einer gewissen Periodicität der Paroxysmen bei und sieht in dem ganz regelmässigen Wieder-

kehren der Anfälle ein schwerwiegendes differentielles Moment gegen die Gallenkolik. Niemals hat er Icterus beobachtet. Hingegen war meist die Leber Sitz erheblicher Druckschmerzen und garnicht selten gelang es im Bereiche anderer Abdominalorgane die bekannten Druckpunkte zu finden. Endlich fehlen trotz Jahre langer Dauer stets die fieberhaften, entzündlichen Localaffectionen im Bereiche der Leber, Gallengänge und Gallenblase. Zum Schluss macht Vortragender auf die ganz erstaunliche Besserung des Leidens aufmerksam, die durch ein rationelles antineurasthenisches Heilverfahren erreicht werden kann und betont, dass eine antineurasthenische Behandlung auch in den Fällen angebracht sein wird, in welchen peritoneale Adhäsionen der Leber mit ihrer Nachbarschaft zu qualvollen Visceralneuralgien Anlass geben. «Insofern solche Vorkommnisse in früheren Steinleiden wurzeln, besteht allerdings ein wichtiger Berührungspunkt zwischen nervöser Leberkolik und Cholelithiasis. Aber dem denkenden Arzte bleibt es auch hier nicht verborgen, dass die das Dasein vergällenden Beschwerden sich nicht mehr an die Gegenwart von Gallensteinen heften, sondern ganz wesentlich an den actuellen Begriff der reizbaren Schwäche des Nervensystems gebunden sind. Die Verwachsungen haben nur der Visceralneuralgie den Ort angewiesen».

H. Büttner.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Anton Bum und M. T. Schnirer: Diagnostisches Lexicon für praktische Aerzte. Mit zahlreichen Illustrationen in Holzschnitt. Erster Band, 1. Hälfte. Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg. 1892.

Die Herausgabe eines Werkes, das sich zur Aufgabe stellt dem praktischen Arzt ein Wegweiser zur richtigen Erkennung des Leidens am Krankenbette zu sein, ihm in klarer und übersichtlicher Weise alle zur Deutung des Krankheitsbildes nothwendigen Untersuchungsmethoden und die sich aus diesen ergebenden Symptomen-Gruppen in Erinnerung zu bringen muss als ein überaus glücklicher Gedanke bezeichnet werden. Bei der mit Riesenschritten fortschreitenden Entwickelung der medicinisch-diagnostischen Hülfswissenschaften wird es dem praktischen Arzt immer schwerer das grosse Gebiet zu beherrschen; er ist genöthigt Hand- und Lehrbücher zu Rathe zu ziehen, und dies nimmt oft mehr Zeit in Anspruch, als unter dem Drange der im Vordergrunde stehenden Beschäftigungen zur Verfügung ist. Deshalb wird ihm ein Werk äusserst willkommen sein, das sich zur Devise macht «rasche und gründliche Orientirung auf allen Gebieten medicinischer Diagnostik». Der vorliegende Band dieses Lexicons entspricht vollauf den Versprechungen der Herausgeber. Die einzelnen Symptomencomplexe sind klar beleuchtet, dabei erschöpfend bearbeitet, indem allen Errungenschaften und Fortschritten der Wissenschaft gebührende Rechnung getragen wird. Es würde uns zu weit führen, wollten wir hier einzelne Abschnitte des ersten Bandes anführen. In demselben sind grade diagnostisch äusserst wichtige Krankheitsbilder von bewährter Feder bearbeitet; so die verschiedenen Formen der Anaemie (M. Weiss) der Aphasie (Freud), die Beckenanomalien (Kleinwächter) etc.; sehr wichtige Untersuchungsmethoden wie z. B. die bakteriologische (Schnirer), die Untersuchungen des Blutes (Stintzing). Durch gelungene Illustrationen ist dabei für leichte Uebersichtlichkeit und Verständlichkeit gesorgt worden. Wir können jedem praktischen Arzt das Anschaffen dieses Lexicons auf das Wärmste empfehlen. Die Ausstattung ist eine vortreffliche.

Abelmann.

Johannes Gad: Real-Lexicon der medicinischen Propaedeutik. Repetitorium für Studirende und praktische Aerzte. Mit zahlreichen Illustrationen in Holzschnitt. Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg. 1893. Lieferung 1.

Von der gleichen renomirten Verlagshandlung erscheint unter der Redaction des Berliner Physiologen, Professor Gad, ein Werk, das einen gewiss nicht minderen Erfolg, als das oben erwähnte, ernten wird, wenn auch der Leserkreis zum Theil ein anderer sein wird. Das Werk stellt sich die Aufgabe in knapper Form die einzelnen Disciplinen, welche die wissenschaftliche Basis der Heilkunde bilden, also die Anatomie, Physiologie, Histologie, Allgemeine und pathologische Anatomie, Bakteriologie, physiologische Psychologie, medicinische Chemie, Physik und Zoologie in einer grossen Zahl alphabetisch geordneter, praeciser Artikel darzustellen. Der Name des Herausgebers, sowie die stattliche Zahl hervorragender Mitarbeiter leistet für das Gelingen des Ganzen volle Gewähr. Uns liegt die 1. Lieferung vor; es sind nur wenige Capitel bis jetzt bearbeitet, aber das wenige lässt schon keinen Zweifel übrig, dass das Ganze vollkommen auf der Höhe der Anforderungen stehen wird. Wir werden uns erlauben späterhin, wenn bereits mehrere Lieferungen erschienen sein werden, den Inhalt etwas eingehender zu besprechen.

Der Preis pro Lieferung beträgt 1 M. 20 Pf.

Abelmann.

Th. Kocher: Chirurgische Operationslehre. Jena, Verlag von Gustav Fischer, 1892. 208 Seiten.

Unter den Chirurgen der Jetztzeit dürfte kaum ein andrer in dem Maasse dazu berufen sein, eine chirurgische Operationslehre herauszugeben wie gerade Kocher. Hat er doch fast auf allen Gebieten der operativen Technik wesentliche Fortschritte angebahnt. Das vorliegende Buch, das «in der Art von Roser's hochgeschätztem Vademecum eine möglichst kurzgefasste Anleitung für rasche Orientirung über eine auszuführende Operation geben soll» unterscheidet sich wesentlich von andern dasselbe Thema behandelnden Werken. Fragen, die in das Gebiet der chirurgischen Pathologie und Klinik gehören, specielle topographisch-anatomische Schilderungen, soweit sie nicht zum directen Verständniss des Textes nothwendig sind, Aufzählung verschiedener Methoden, seltener geübte Operationsverfahren für specielle Fälle sind fortgelassen. Dagegen sind in mehr allgemeiner Weise die Normen aufgestellt, nach denen man sich bei einem operativen Eingriff in jeder Körperregion zu richten hat. Das Hauptprincip, das immer wieder betont wird und das für die Wahl der empfohlenen Methoden maassgebend gewesen ist, ist die möglichste Schonung aller für die physiologischen Functionen wichtiger Gebilde, besonders der Nerven. Die Aseptik und Narcose giebt uns nicht nur das Recht, die complicirtesten Eingriffe vorzunehmen, sondern legt uns auch die Pflicht auf, jede unnütze Nebenverletzung zu vermeiden und die Functionen der einzelnen Organe, besonders auch der Muskeln möglichst intact zu lassen; für die Muskeln speciell ist die Schonung der sie versorgenden Nerven wichtiger als die Vermeidung einer Verletzung der Muskeln selbst, die nach erfolgter Heilung nur eine künstliche Inscriptio tendinea hinterlässt. Daraus ergiebt sich die Forderung, die Hautschnitte so anzulegen, dass sie sowohl das Operationsgebiet möglichst bequem zugänglich machen als auch die grösseren Nervenzweige an der Oberfläche und in der Tiefe schonen. Kocher stellt für jede Körperregion die diesen Forderungen entsprechenden Normalschnitte fest, die ausserdem, meist mit der Spaltrichtung der Haut zusammenfallend, die besten Narben geben. Das Buch enthält, in sehr klarer Darstellung eine Fülle von neuen und originellen, theoretisch wohl begründeten und durch die praktische Erfahrung bewährten Rathschlägen. Es wird von jedem Chirurgen mit grösstem Nutzen studiert werden. Anfängern dürfte es nur theilweise zugänglich sein, da es Bekanntschaft mit der ganzen modernen Chirurgie voraussetzt. Das soll aber natürlich kein Vorwurf sein.

Wenn wir Einzelheiten hervorheben sollen, die uns besonders erfreut haben, so erwähnen wir die ausgezeichnete Darstellung der Beziehungen der Hirnoberfläche zur Schädelkapsel, zu deren Bestimmung die bekannte Müller'sche Methode der procentischen Maasse empfohlen wird, ferner das Kapitel über die Resectionen, das ja bekanntlich schon früher von K. ausführlich bearbeitet worden ist. Gern hätte Ref. die von Neudörfer für die Amputationen und Exarticulationen aufgestellte Methode erwähnt gesehen; entspricht sie doch ganz dem Schonungsprincip, wie es K. in seinem Buch durchführt.

Die Ausstattung des Buches ist gut; einige Druckfehler wären bei der nächsten Auflage, die wohl bald nöthig sein wird, zu corrigiren. Die zahlreichen Abbildungen sind genügend deutlich.

Wanach.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 15. September 1892.

1. Herr Beckmann berichtet über folgenden Fall von **Ascites, bedingt durch Echinokokken der Leber und des Peritoneums:**

Anamnese 3 Sept. 1892. M. J. 28 Jahre alt, unverheirathet, hat nicht geboren. Früher gesund. Menstruirt seit dem 18. Jahr regelmässig alle 4 Wochen 3 Tage lang. Seit dem April Verstopfung, gleichzeitig bemerkte Pat. ein Wachsen ihres Leibes. Vom Juli an starke Vergrösserung des Abdomen, Abmagerung. Subjectiv anfangs keine Beschwerden, jetzt bekommt Pat. leicht Athemnoth.

Stat. praes. Starke Abmagerung, gelblich blasse, schmutzige Hautfarbe, kein Icterus, keine Oedeme, Schleimhäute stark anämisch, Zunge rein, feucht. Puls 90 kräftig, Temp. 38,2, R. 24 costal. Leib gross, Umfang über dem Nabel 100 Cm., Seitenpartien vorgewölbt, ascitische Form. Epigastrium stark vorgewölbt, Rippenbogen vorgedrängt. Ueberall über dem Abdomen Fluctuation, geringer tympanitischer Bezirk wechselt mit der Lageveränderung. Zwerchfellstand hoch. Leberdämpfung beginnt im Sitzen in der M. L. am unteren Rande

der IV. R. Herzdämpfung nach oben verschoben beginnt am oberen Rande der II. R. Spitzenstoss in der M. L. im III. J. C. R. fühl- und sichtbar. Herztöne rein. Hinten ist die untere Grenze des Lungenschalls 2 Querfingerbreit unter dem Angulus scapulae. Lungen frei. Milzdämpfung nicht bestimmbar. Uterus beweglich. Scheidengewölbe anscheinend frei. Nirgends geschwellte Lymphdrüsen. Urin eiweissfrei sauer ohne Gallenfarbstoff, von normaler Farbe.

Da die Ursache des Ascites nicht bestimmt werden konnte (Consilium mit Dr. Frankenhäuser und Dr. Stoll) wurde am 4. Sept. eine Probepunction des Ascites gemacht, dieselbe ergab eine trübe grünlich gelbe Flüssigkeit, die stark eiweisshaltig war und Gallenfarbstoff und Gallensäuren enthielt. In den nächsten Tagen nahm das Exsudat immer mehr zu. Der Umfang des Leibes war am 7. Sept. schon bis auf 105 Cm. gewachsen. Pat. hatte abendliche Temperatursteigerungen, fühlte sich aber bis auf die zunehmende Dyspnoe nicht sehr schlecht. Keine Schmerzen.

9. Sept. Punction des Exsudates. Im Ganzen 12 Liter entleert. Das Exsudat enthielt 3 pCt. Eiweissstoffe, ferner Mucin, keine Echinococcushaken, spec. Gew. 1019. Nach der Punction fühlt man den Leberrand 2 Querfinger unter dem Rippenbogen. Leber von normaler Consistenz, Oberfläche glatt. Linker Leberlappen nicht fühlbar. Abdomen überall weich nicht druckempfindlich. Nirgends Tumoren nachweisbar. Uterus normal gross, beweglich, Adnexa frei. Leibumfang 76 Cm.

Da nach der Punction das Exsudat schnell wieder zuzunehmen anfing, wurde am 12. Sept. die Laparotomie gemacht, um eine endgültige Diagnose zu stellen und gleichzeitig daran den therapeutischen Eingriff anzuschliessen. Combinirte Cocain-Chloroformnarkose. Schnitt zwischen Symph. und Nabel. Nach Eröffnung der Peritonealhöhle erweist sich das Peritoneum parietale stark verdickt, stark injicirt. Auf demselben kleine, weissliche, leicht prominirende Flecke, stecknadelspitz bis stecknadelkopfgross. Der vom Netz nicht bedeckte Dünndarm stark injicirt blauroth gefärbt. Darmschlingen durch Fibrinauflagerungen untereinander verklebt. Das kleine Becken mit Echinococcusblasen von Erbsen- bis Gänseeigrösse ausgefüllt, dieselben sind theils frei in der Bauchhöhle, theils dem Peritoneum leicht anhaftend. Nachdem das Becken von den Blasen ausgeräumt worden war, ergab sich bei weiterer Besichtigung des Darmes und Mesenteriums, dass überall zahlreiche kleine Echinococcusblasen theils dem Peritoneum aufsassen theils zwischen den Blättern des Mesenteriums ihren Sitz hatten. Nach Erweiterung des Bauchschnittes bis handbreit über den Nabel konnte der rechte Leberlappen und die Leberpforte abgetastet werden. Dieselben erwiesen sich als frei von Echinococcusblasen. Dagegen war die Gegend des linken Leberlappens, der sich weich elastisch anfühlte, wie auch die Milzgegend von zahlreichen Echinococcusblasen eingenommen. Linker Leberlappen, Milz und Magen sind von ziemlich dicken peritonitischen Schwarten bedeckt und unter einander wie auch mit dem grossen Netz, das nach oben geschlagen ist, verklebt. In genannten peritonitischen Auflagerungen, theils in der Milzsubstanz selbst, theils hinter dem Magen lassen sich noch weitere Echinococcusblasen durchfühlen, deren radikale Entfernung unmöglich erscheint. Der Echinococcus hatte seinen Ausgang offenbar vom linken Leberlappen genommen. Nach Ausspülung der Peritonealhöhle mit physiologischer Kochsalzlösung wurde die Bauchwunde durch Seidenknopfnähte geschlossen.

Am ersten Tage nach der Operation war das Befinden der Pat. gut, die Temperatur nicht höher als vor der Operation bis 38,5. Am zweiten Tage trat hohes Fiber auf, der Puls wurde klein und schnell, starke Dyspnoe trat ein in Folge starker Auftreibung des Leibes. Am 14/IX Exit. letal. Bei der Section fand sich im linken Leberlappen ein kleiner als kindskopfgrosser Sack mit etwa 2 mm. dicker verkalkter Wandung, vom Lebergewebe selbst waren nur geringe Reste nachgeblieben. Der Sack war allseitig geschlossen und gefüllt von theils prallen grösstentheils collabirten Echinococcusblasen mit gallig verfärbtem oder klarem opalisirendem Inhalt. Im rechten Leberlappen eine wallnussgrosse Höhle von einer 1 mm. dicken Membran umgeben, von nichtcollabirten Blasen gefüllt, von denen die in der Peripherie gelegenen gallig gefärbt waren, die centralgelegenen von weisslicher Farbe. In der Milz, im Oment. maj. und min. im Mesocolon transv. Echinococcusblasen theilweise gleichfalls eingekapselt. Allgemeine fibrinöse Peritonitis, starke Aufblähung des Darmes. Ausserhalb des Cavum peritonei fand sich nur in der Scheide des M. rectus hinter dem Muskel unterhalb des proc. ensiformis ein wallnussgrosser Hohlraum in dem sich gleichfalls Echinococcusblasen befanden. Der übrige Sectionsbefund wies nichts bemerkenswerthes auf.

Es folgt die Demonstration des Praeparates: der Leber mit dem Echinococcussack und einiger freier, der Bauchhöhle entnommener Cysten.

In Fällen, wie dem mitgetheilten, wo die Ursache eines Ascites anders nicht zu eruiren ist, möchte Vortr. der Probelaparotomie den Vorzug vor der Probepunction geben, und zwar aus folgenden Gründen: 1) Weil die Laparotomie heutzutage keinen gefährlichen Eingriff darstellt, andererseits die Punction nicht ganz gefahrlos ist, 2) weil die Laparotomie in jedem Falle zu einer Diagnose führt, 3) weil die Laparotomie bei den in Frage kommenden schwer diagnosticirbaren Fällen von Ascites sehr häufig der erste Schritt zur radicalen Operation ist (tuberculöse Peritonitis, Papillome und Carcinome der Ovarien etc.). Vortr. befindet sich darin in Uebereinstimmung mit Gusserow (Arch. f. Gynaek. Bd. 42, Heft 3) und Thomas (New-Jork, Journ. of Gynaek. 1892, Nr. 1).

Herr Tiling möchte die complicirte und noch keineswegs abgeschlossene Frage von der Berechtigung der Probelaparotomie hier nicht zur Entscheidung bringen, warnt aber doch vor zu leichter Entscheidung zu dieser Operation. Dieselbe stellt im Verein mit der dabei nöthigen Chloroformnarkose einen nicht zu unterschätzenden Eingriff dar, jedenfalls einen grösseren, als die ganz ungefährliche, von den Therapeuten unendlich oft ausgeführte Punction. Es kommt hinzu, dass man bei der Probelaparotomie oft ein inoperables Leiden vorfindet, in welchem Falle also die Operation ganz unnütz gemacht wird. T. hält die Probelaparotomie nur dann für berechtigt, wenn von derselben nicht nur die Klarstellung der Diagnose sondern auch ein thatsächlicher therapeutischer Vortheil für den Pat. erwartet werden kann. Jedenfalls wäre bei Ascites immer zuerst die Punction zu machen, welche die Untersuchung immer sehr erheblich erleichtert und oft auch allein zur Diagnose verhilft.

2. Auf Anregung des Präses werden folgende therapeutische Erfahrungen aus der gegenwärtigen Choleraepidemie mitgetheilt:

Herr Pendin (weibl. Obuchow-Hospital) berichtet über Cantani'sche Enteroklysen und subcutane Injectionen von NaCl-Lösung: erstere reichen, wie solches wiederholt durch die Sectionen nachgewiesen wurde, nicht hoch hinauf, nur ausnahmsweise bis ins Coecum. Die subcutanen Injectionen wurden in allen Fällen systematisch angewandt (alle 4 Stunden 1200 Grm. ohne Zusatz von Natr. bicarbon.). Der Effect dieser Therapie war leider sehr gering, es wurde meist nur vorübergehende Besserung erzielt; auch auf den Verlauf des Typhoids und auf die Diurese während desselben hatten die Injectionen keinen Einfluss. Von 155 Fällen starben bei dieser Behandlung 68 (ca 44 pCt.), davon die meisten im Typhoid (35), wobei zu bemerken ist, dass nur die schweren Fälle überhaupt mitgezählt wurden. Von Complicationen wurden Diphtherie des Dickdarmes und Pneumonie beobachtet. Alle Patientinnen, die schwanger waren, starben im Typhoid, auch stillende Frauen erkrankten besonders schwer. Neben den Injectionen spielten die Hauptrolle: heisse Bäder; innerlich wurden Calomel, Diuretin und Coffeïn gegeben, subcutan Campher; doch wurde in letzter Zeit von Verordnungen per os ganz abgesehen, und in späteren Stadien wurde Bismuth. salicyl. verabfolgt. Am meisten legt Vortr. Gewicht auf die Bäder, daneben hält er die Klysmen für angezeigt, weil sie den Dickdarm reinigen.

Herr de la Croix (Peter-Paul-Hospital) constatirt den relativ günstigen Character der gegenwärtigen Epidemie; wenn das Mortalitätsprocent jetzt geringer ist als früher (es beträgt z. B. im Peter-Paul-Hospital, wo alle Fälle mit Nachweis von Bacillen gezählt werden, nur 33,8 pCt.) — so ist das nicht der heutigen Therapie, sondern gewiss anderen Umständen (Witterung etc.) zuzuschreiben, welche die Epidemie nicht bösartiger auftreten liessen. Beachtungswerth war, besonders in der ersten Zeit, das auffallend langsame Wachsthum der Bacillenculturen. Auch l. Cr. hat sich bei Sectionen davon überzeugen können, dass die Enteroklysen nicht über das Coecum hinausreichen. Die subcutanen und intravenösen Injectionen hat er von den Collegen loben hören, meint aber vor übermässiger Anwendung derselben warnen zu müssen, da er in manchen so behandelten Fällen bei der Section ein Gehirnoedem fand, während doch sonst die Choleraleichen sich durch Trockenheit der Gewebe und Eindickung des Blutes auszeichnen. Ferner konnte l. Cr. constatiren, dass fast alle Gestorbenen bereits vorher irgend ein Organleiden gehabt hatten, und zwar meist ein solches des Magens (Dilatatio ventriculi, Gastritis glandularis etc.) und der Nieren (interstitielle Nephritis), unter den gestorbenen Frauen waren viele Schwangere und solche die abortirt hatten.

Herr Kallmeyer (weibl. Obuchow-Hospital) schliesst sich im Allgemeinen den Vorrednern an und kann im Besondern auch bestätigen, dass schon vorher Kranke, vorzüglich Alkoholisten besonders gefährdet sind; er hat unter den Cholerapatientinnen des Obuchow-Hospitals fünf wiedererkannt, die in früheren Zeiten, zum Theil wiederholt, wegen Alkoholismus Aufnahme gefunden hatten. Betreffs der subcutanen Salzwasser-Injectionen weist K. darauf hin, dass eine richtige Beurtheilung ihres therapeutischen Werthes auf Grund der Beobachtungen im Obuchow-Hospital nicht möglich sei, weil sie dort fast ausnahmslos in allen Fällen, und zwar neben den anderen bekannten Massregeln zur Anwendung kamen, dass sie aber im Allgemeinen den gehegten Erwartungen leider nicht entsprochen haben. Im Stadium algidum, wo der Patient pulslos

und apathisch ist, wo Stuhl auf Stuhl erfolgt und selbst Eispillen erbrochen werden, sei der Arzt bei dem derzeitigen Stande der Therapie dennoch verpflichtet, eine einmalige Salzwasser-Injection von ca. 1 Liter zu versuchen; ob die Injection zu wiederholen ist, das wird vom Effect der ersten abhängen; feste Regeln lassen sich da noch nicht aufstellen; im Typhoid hat auch K. keinen Erfolg von den Injectionen gesehen.

Herr de la Croix macht noch folgende vorläufige Mittheilungen zur pathol. Anatomie und Bakteriologie der Cholera: Das Bild der Darmschleimhaut kann verschieden sein, ebenso der Grad der Eindickung des Blutes. Typisch aber ist der Befund einer die Serosa des Darmes überziehenden zähen Schleimschicht; in diesem Schleim hat l. Cr. oft die Kommabacillen nachweisen können, doch ist dieser Bacillenbefund nicht constant und es fragt sich noch, ob er nicht, wo er vorhanden ist, eine Leichenerscheinung darstellt.

Herr Wladimirow, der gleichfalls soeben mit bakteriologischen Untersuchungen über die Cholera beschäftigt ist, kann vorläufig nur mittheilen, dass der Befund von Kommabacillen ausserhalb des Darms in anderen Organen ganz inconstant und vielleicht nur eine postmortale Erscheinung ist.

Secretär: E. Blessig.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Oscar Silbermann hat bei Kindern mit starkem Erbrechen und Durchfällen die arterielle centrale Kochsalzinfusion, wie sie von Landois zuerst geübt wurde, mit sehr günstigem Erfolge ausgeführt. Die a. radialis wird durch einen etwa $2^1/_2$ Cm. langen Schnitt freigelegt, an ihrem peripheren Ende unterbunden und etwas aufwärts von der Unterbindungsstelle mit einer kleinen Arterienpincette abgeklemmt. Nunmehr legt man einige Fäden unter das freigelegte Arterienrohr und schreitet zur Vornahme der Transfusion. Silbermann hat zu diesem Zwecke ein eigenen Apparat construirt. (Deutsche medic. Wochsch. Nr. 36).

— Berg (Reinerz) hat in einigen Epidemien mit sehr gutem Erfolge Liquor. ammonii caust. spirit. angewandt. Er verabfolgte 5—10 Tropfen $^1/_2$—1 stündlich in Wasser oder Rum; ausserdem erwiesen sich nützlich Klystiere aus Argentum nitricum 0,5—1%. Bei Kindern wurde das salpetersaure Silber auch innerlich verordnet.

(Deutsch. medic. Wochsch. Nr. 36).

— Mendel und Simon loben die Anwendung des Cocains, mit dem sie in Hamburg günstige Resultate erzielt haben. Das Recept war folgendermassen zusammengesetzt: Acid. muriatici 2,0, Cocaini mur. 0,12 Tinct. opii simpl. 2,0, Aq. destillat. 170,0 Sirup. simpl. ad 200,0 MDS. stündlich bis zum Aufhören des Erbrechens und weiterhin zweistündlich bis zum Nachlassen der Durchfälle 1 Esslöffel voll eiskalt zu nehmen. Bei Kindern dem Alter entsprechend kleinere Dosis.

(Deutsche medic. Wochsch. Nr. 36).

— Elwert hat bei Brechruhr Erwachsener sehr guten und raschen Erfolg von Ferrum sesquichloratum gesehen. Er empfiehlt auch die Anwendung des Mittels bei asiatischer Cholera: Liquor ferri sesquichl. 0,7—1,0 Aq. Cinamomii 150,0 Mucilag. gummi arabic. 25,0—30,0 Syr. simpel 30,0 $^1/_2$—1 stündlich 1 Esslöffel. (Deutsche medic. Wochsch. Nr. 37.)

Vermischtes.

— Am 3. November fand hierselbst die Einweihung und Eröffnung der drei neuerbauten Baracken beim Peter-Paul-Hospital statt, zu welchen eine Frau E. G. Stepanowa die Mittel gespendet hat.

— Am Sonntag den 25. October fand im Stadt-Krankenhause zu Riga die Uebergabe zweier neuerrichteter Baulichkeiten seitens der Stadtverwaltung an die Krankenhaus-Direction statt — eines neuen Anbaus für die Desinfectionsvorrichtungen nebst Lagerräumen für die von den Kranken mitgebrachten Kleidungsstücke und der nach allen Erfordernissen der gegenwärtigen Zeit eingerichteten Operationsbaracke. Die Desinfectionsvorrichtungen haben in dem Neubau noch nicht Aufstellung gefunden, die Lagerräume sind hoch, geräumig gut ventilirt und hell. In 585 Fächern lagern hier die mit Nummern und Name versehenen Effecten der Kranken auf aus Latten gezimmerten Holzgestellen. Ein luftiger, grosser Bodenraum steht ausserdem zur Verfügung. Die neue Operationsbaracke dürfte wol jeden Arzt mit Freude erfüllen. Das Gebäude gleicht den übrigen Baracken in verkleinertem Maassstabe, besitzt zwei Operationsräume mit ausgiebigster Beleuchtung (Oberlicht etc.) Untersuchungszimmer, Badezimmer, einen Raum für Sterilisirung des Verbandmaterials, ein Zimmer für das Instrumentarium etc. Der Bau ist nach den Angaben unseres altbewährten Krankenhaus-Architekten, Herrn Neuburger ausgeführt. Alle Utensilien, die eisernen mit Glastafel gedeckten Instrumententische, der Sterilisir-Apparat (mit strömendem Dampf) der aus Eisen und Glas bestehende Instrumentenschrank etc. etc. sind von den Handwerkern des Krankenhauses aufs Beste ausgeführt worden. Eine eingehende Beschreibung dieser Operationsbaracke von berufenster Seite ist uns zugesagt. Der Stadtverwaltung und denjenigen Organen derselben, welche dem Krankenhauswesen unmittelbar vorstehen, gebührt der freudigste Dank für die mit warmer Hand reichlich gespendeten Mittel. Wir können nur dem Wunsche Ausdruck geben, dass auch in den neuen Räumen der Geist strenger gewissenhafter Pflichterfüllung und ernsten wissenschaftlichen Strebens wie bisher die besten Früchte trage zum Heile unserer leidenden Mitmenschen. J. K.

— Die Frage der Errichtung einer medicinischen Facultät bei der Odessaer Universität ist bekanntlich seit Jahren oftmals angeregt worden, bis jetzt aber stets erfolglos. Wie verlautet, hat die Stadtduma von Odessa neuerdings beschlossen eine Petition in dieser Angelegenheit an zuständiger Stelle einzureichen.

— Wie die «Nowoje Wrjemja» erfährt, ist dem Reichsrath eine Vorlage betreffs Errichtung eines «medicinischen Instituts für Frauen» in der Art der eingegangenen weiblichen medicinischen Curse zugegangen.

— Die Aerzte, welche der militär-medicinischen Academie zucommandirt sind, haben, als sie erfuhren, dass die zahlreiche Familie des an der Cholera verstorbenen Dr. E. M. Nowikow in höchst bedrängten Verhältnissen zurückgeblieben ist, beschlossen, als Ergänzung zur Pension, welche die Wittwe erhalten wird, alljährlich im Durchschnitt 5 Rbl. pro Mann beizusteuern. Die erste auf diesem Wege gesammelte Summe (100 Rbl.) ist bereits der Redaction des «Wratsch» behufs Uebermittelung an die Wittwe des Verstorbenen zugegangen. (Wratsch). Dr. Nowikow gehörte in letzter Zeit ebenfalls zu den der mil.-med. Academie behufs weiterer Vervollkommnung zucommandirten Aerzten, wurde aber im Juli zur Bekämpfung der Choleraepidemie in's Gouvernement Eriwan geschickt, wo er bereits nach 7 tägiger Thätigkeit an der Cholera erkrankte und am 26. Juli ein Opfer derselben wurde.

— Die Studenten der militär-medicinischen Academie haben ebenfalls beschlossen, um das Andenken ihrer drei Commilitonen — der Studenten Karnowitsch, Potapow und Tarassow, welche bei der Bekämpfung der Epidemie in diesem Sommer ihren Tod gefunden — zu ehren, ein Capital auf den Namen der drei Verstorbenen bei der Unterstützungscasse der Studenten der mil.-med. Academie zu stiften. — Es sind bereits 150 Rbl. zusammengekommen. (Wr.).

— Verstorben: 1) Am 25. October in Moskau der Divisionsarzt der I. Grenadierdivision, Staatsrath Dr. A. J. Ssamoilo im 55. Lebensjahre. 2) Im Zarizyn'schen Kreise Dr. Hofmann, welcher zur Bekämpfung der Cholera dorthin geschickt war, an chronischer Pneumonie. 3) In Tschuchloma (Gouv. Kostroma) der dortige Kreisarzt Const. Aljakritski im 42. Lebensjahre. 4) Der Landschaftsarzt des Saraisk'schen Kreises, Wl. W. Sacharow, im Alter von 36 Jahren. 5) Im Kirchdorfe Bykowo (Kreis Koselez, Gouv. Tschernigow) der Student der Medicin des IV. Curses der Charkower Universität, Komarowski, an der Cholera. Der Verstorbene war vor einigen Monaten von der Landschaft zur Mitwirkung bei der Bekämpfung der Cholera angestellt worden, war aber bereits im Begriff nach Charkow zurückzukehren, als er plötzlich an der Cholera erkrankte, die bald einen verhängnisvollen Ausgang bei ihm nahm. 6) In Frankfurt a. O. am 2. November n. St. der wirkl. Geh. Ober-Medicinalrath Dr. Louis Kersandt, bis vor Kurzem vortragender Rath im preussischen Cultusministerium und Mitglied der wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen, im 71. Lebensjahre.

— Der Professor der medicinischen Chemie und derzeitige Decan der Wiener medicinischen Facultät, Hofrath u. Ober-Sanitätsrath Dr. E. Ludwig, ist zum lebenslänglichen Mitgliede des österreichischen Herrenhauses ernannt worden.

— Der bekannte Pariser Chirurg, Prof. Verneuil, hat am 29. Oct. in der École de médecine vor einer zahlreichen Versammlung von Studenten, Aerzten und Freunden seine letzte Vorlesung gehalten, nach deren Schluss ihm begeisterte Ovationen bereitet wurden. Verneuil hat seine Professur niedergelegt, bevor er die gesetzliche Altersgrenze von 70 Jahren erreicht hat.

— Am 31. October fand die Einweihung und feierliche Eröffnung der elektrischen Station der militär-medicinischen Academie statt. Die Station ist auf Kosten des Kriegsministeriums für 250,000 Rbl. erbaut und versieht nicht allein die militär-medicinische Academie und ihre Kliniken mit elektrischem Licht, sondern auch die in der Nachbarschaft liegende Artillerie-Academie, die Feldscherschule, die pyrotechnische Schule und das Militär-Gefängniss.

— Die St. Petersburger Dumaärzte und städtischen Sanitätsärzte haben beschlossen, den 11. November als den Tag, an welchem sich 10 Jahre des Bestehens des städtischen Sanitätswesens in St. Petersburg vollenden, festlich zu begehen und ein Diner auf Subscription zu veranstalten.

XVII. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** **Neue Folge IX. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 46 St. Petersburg, 14. (26.) November **1892**

Ueber das perforirende Geschwür der knorpeligen Nasenscheidewand.

Vortrag, gehalten am 16. September 1892 auf dem IV. livländischen Aerztetag in Wenden.

Von

Dr. med. ~~Richard~~ Otto

in Dorpat.

M. H.! Unter dem Namen Ulcus septi nasi perforans beschreibt Voltolini eine Erkrankung der knorpeligen Nasenscheidewand, welche in Ulceration der Schleimhaut und Perforation des Knorpels besteht, bei ganz gesunden Menschen vorkommen kann und Nichts mit Lues, Tuberculose (oder Lupus) zu thun hat.

Der Verlauf dieses perforirenden Geschwürs ist schleichend und schmerzlos. Ueber das Zustandekommen desselben äussert er sich reservirt, glaubt aber, dass die ihres Gefässreichthums wegen zu Blutungen neigende Schleimhaut den Ausgangspunkt bildet und dass das habituelle Nasenbluten ganz gegen die Annahme einer meist weiter nach hinten liegenden Laesion gerade öfters hier aus gelegentlich varicös erweiterten Gefässen zu Stande kommt.

Kennzeichnend für den gutartigen Charakter dieses ulcerativen Processes ist, dass er unter keinen Umständen seine Domaine, den Knorpel überschreitet, also im äussersten Falle stets am Septum osseum Halt macht. Im Gegensatz zur Lues ist also ein Einsinken der Nase nicht zu fürchten, wohl aber kann es, wenn auch sehr selten, zur Neigung der Nasenspitze kommen, wofern die Perforation bis an die äussere Haut reicht.

Wenn nun Voltolini vom klinischen Standpunkt diese Erkrankung zuerst unter separatem Kapitel in seinem Lehrbuch vom Jahre 1888 beschreibt und später Rossbach ihm folgt, so gebührt doch den Anatomen Zuckerkandl und Weichselbaum das unstreitige Verdienst bereits 6 Jahre früher den pathol. anatomischen Charakter dieses Defects erkannt zu haben, während Hyrtl und Hildebrandt denselben fälschlicher Weise für eine von einer Hemmungsbildung abhängige congenitale Lücke erklärt hatten.

Erst in neuester Zeit sind wir durch zwei weitere Bearbeitungen dieses Gegenstandes der Mechanik dieser eigenthümlichen Geschwürs- und Defectbildung näher getreten, indem einerseits Hajek 1890 und wiederum Zuckerkandl 1892 im mittlerweile erschienenen II. Theile seiner normalen und pathol. Anatomie der Nasenhöhle uns weitere ausführliche Gesichtspunkte zur Beurtheilung eröffnen.

Bevor wir jedoch auf die Anschauungen dieser Autoren eingehn, gestatten Sie mir m. H. die Mittheilung eines von mir im vorigen Jahre beobachteten Falles der in Rede stehenden Erkrankung.

F. H. 13 Jahre 2 Monate alt von gracilem Knochenbau und von auffallender Blässe. Die erste Ursache zur anämischen Verfassung ist eine vor 5 Jahren durchgemachte Perityphlitis, die einen sehr schleppenden Verlauf nahm und zwei Rückfälle im Gefolge hatte. Im Anschluss hieran litt Pat. an habit. Nasenbluten, das anfänglich alle 14—8 Tage, später fast täglich sich zeigte und stets nur aus einem und zwar dem linken Nasenloch zu Stande kam.

Direct veranlassende Momente, wie körperliche oder geistige Ueberanstrengungen wurden grösstmöglichst vom Knaben fern gehalten, um so schwieriger aber war es die üble Gewohnheit desselben zu bemeistern, mit dem Finger in der Nase zu bohren. Als sich trotz aller Gegenmaassregeln dennoch ein bedenklicher Grad von Blutarmuth zu entwickeln begann, wurde ein Arzt zu Rathe gezogen, welcher unter Anderem ein weisses Pulver zur Einstäubung in die Nase empfahl, wonach der Zustand erträglicher wurde. Nichtsdestoweniger besteht die Neigung zu den Blutungen fort.

Am 22. Oktober 1891 wurde der Knabe mir zur Behandlung zugeschickt, an welchem Tage ich folgenden Befund erhob:

Bei Besichtigung des Naseneinganges findet sich ziemlich in der Mitte des knorpligen Septums eine harte dellenartig vertiefte Kruste, welche ihrer Unterlage fest anhaftet. An den uneben geformten Rändern der schwarzgrauen, nahezu rundlichen Kruste nimmt die Schleimhaut der allernächsten 2—3 Mm. breiten Zone einen hellgrauen Farbenton an, während der übrige Theil derselben geschwollen und hochroth erscheint. Nach Entfernung der Kruste zeigt die Rückfläche derselben blutig eitrige Beschaffenheit. Nach Stillung der unmittelbar folgenden Blutung wird ein sich zum Centrum hin vertiefendes

Flächengeschwür sichtbar mit schmutzig-grauem Grunde und helleren, wie zernagten Rändern. Rechterseits ist der Schleimhautüberzug des Knorpels durchweg von normaler Beschaffenheit und Farbe.

Verdachtsgründe hinsichtlich einer vielleicht hereditär luetischen Belastung veranlassten mich neben einer ausführlichen Untersuchung des Knaben auch zu eingehender Exploration des Vaters, welcher zur Zeit Restaurateur, in früheren Tagen Schauspieler gewesen war. Beim Patienten liess sich nun nichts entdecken was einmal für Lues, sodann aber auch für Tuberculose hätte sprechen können, ebensowenig am Vater des Knaben, der mir aufs Nachdrücklichste versicherte, ausser an einer Gonorrhoe niemals an einer venerischen Krankheit gelitten zu haben. Es blieb mir nun nichts Anderes übrig, als mit eigenem Reagens Untersuchung und Anamnese zu prüfen. Ich verordnete neben weisser Praecipitatsalbe, Jodkali, nachdem ich kurz zuvor das Geschwür mit Chromsäure gebeizt hatte und bestimmte den Knaben jeden zweiten Tag meine Sprechstunde zu besuchen.

Trotz Jodkali, Aetzungen mit Chromsäure, Trichloressig und Ausschabungen — zur Galvanocaustik war der Knabe nicht zu bewegen — zeigte nun das Geschwür nicht nur keine Tendenz zur Heilung, sondern verschlimmerte sich zusehends unter Zunahme an Breite, vorzugsweise aber an Tiefe. Im Uebrigen stets dasselbe Bild: die sich erneuernde Kruste, nach Beseitigung derselben die Blutung; nur dass mit der Zeit die Ränder steiler abfallen, wie mit dem Locheisen ausgeschlagen erscheinen und der vom schmutzig verfärbten Knorpel gebildete Boden sich dementsprechend mehr zu vertiefen beginnt. Gegen Ende der 3. Woche ist der Knorpel bei gewissen Stellungen des Patienten stark transparent, die gegenüberliegende Schleimhaut noch intact, wenn auch ein wenig diffus injicirt, während ein paar Tage später ein stecknadelkopfgrosses Loch in derselben zu Tage tritt. Von jetzt ab lässt sich in wenigen Tagen rapider Zerfall des Knorpels und der gegenüberliegenden Schleimhaut beobachten, so dass am 19. November der Schmelzungsprocess in vollkommen symmetrischer Weise unter Bildung der Perforation beendet ist.

Trotz gelegentlicher Beizung der leicht blutenden wunden Perforationsränder mit Höllenstein, schreitet die Benarbung nur langsam vorwärts, wobei zunächst der hintere, dann der obere und ganz zuletzt der vordere untere Theil der Umrandung heilt; die Krustenbildung besteht während dieser gegen 6 Wochen dauernden Zeit unentwegt fort. Nach Abschluss des gesammten Processes zeigt die Cartilago quadrangularis einen senkrecht gestellten, nahezu rautenförmigen Defect der weder ans Nasendach noch an den Boden der Nase heranreicht, dessen Höhendurchmesser die Länge eines Cm. betragen mag, während der Tiefendurchmesser diesem um 1—2 Mm. nachsteht. Vom vorderen scharfen Rande der Cartilago, welche bei Abbiegung der häutigen Scheidewand leicht durchgefühlt werden kann, ist der vordere mehr abgerundete Winkel der Perforation 1 Cm. entfernt. Die Ränder des Defects sind verdickt, verjüngen sich indess von beiden Nasenhöhlen her allmälig zu scharfem Saume.

M. H.! Wenn ich den Ihnen geschilderten Fall von Ulcus perforans, welcher meiner Meinung nach wohl kaum den Verdacht auf Lues zu rechtfertigen vermag, der Besprechung für werth gehalten habe, so geschah das einmal, weil solche Fälle zu den immerhin selteneren Vorkommnissen der rhinologischen Praxis gehören, sodann aber weil wir es hier mit der ersten Beobachtung zu thun haben, wo der Uebergang vom Ulcus zur Perforation sich vor und unter den Augen des Arztes vollzogen hat; denn entweder sprechen die Berichte von Heilungen oder von der misslichen «Ueberraschung» einer bereits stattgehabten Perforation.

Ueber den Beginn der Erkrankung, die sich nach Rossbach durch weissliche Verfärbung, d. h. Nekrose der Schleimhaut markirt, kann ich dagegen nicht aus eigener Anschauung berichten, es sei denn, dass die Anfangs um die Kruste bestehende hellgraue Zone dieselbe Deutung zulässt, während das centrale Geschwür schon einem weiteren Stadium entsprach.

Dass es sich in der That um nichts anderes in solchen Fällen handelt, als um Nekrose des Epithels der Schleimhaut, konnte übrigens Hajek, dem wir ausführliche mikrosk. Untersuchungen verdanken, bestätigen.

Nach den Angaben dieses Autors bildet sich eine Pseudomembran, in welcher nicht selten ein gelbgrünes Pigment auf vorher in die Schleimhaut stattgefundene Blutung schliessen lässt und welche unter weiterer Nekrose der Mucosa wiederholt zur Abstossung gelangt. Dabei wird das Perichondrium bereits ergriffen, bevor der nekrosirende Process soweit vorgedrungen ist. Der Knorpel zerfällt, worauf Perichondritis und Schleimhautnekrose der gesunden Seite folgt. Die vom Knorpel abgehobenen Schleimhautränder des entstehenden Defects legen sich an einander und der vernarbende Geschwürsrand überzieht sich mit einem Plattenepithel, das nie mehr die ursprüngliche Mächtigkeit erreicht und keine Schleimdrüsen mehr aufweist.

Am ganzen Processe sollen ferner gewisse Mikroorganismen speciell der Staphylococcus pyogenes aureus und der Streptococcus pyogenes actuell betheiligt sein vermittelst ihrer Fähigkeit diese Pseudomembranen zu bilden. Diese Schilderung Hajek's stimmt mit der klinischen Beobachtung vollkommen überein; in wie weit aber das Verhalten der Mikroorganismen als ätiologisches Moment für den nekrotischen Zerfall der Nasenschleimhaut gelten darf, müssten wohl noch weitere Untersuchungen lehren. Vor der Hand können wir dem Einwande Dietrichs nur zustimmen, der im Vorkommen von Mikroorganismen in zerfallenem Gewebe an so exponirter Stelle nicht Ungewöhnliches, vielmehr Selbstverständliches sieht. Zu den constanten Symptomen, wie sie in der Casuistik stets wiederkehren, gehört ferner die habituelle Blutung, die naturgemäss durch wiederholte Insulte von Seiten des Fingers gesteigert zu werden pflegt.

Dass diese Blutung beim Entstehen des Ulc. perforans eine wichtige Rolle spielen muss, liegt auf der Hand, woher denn auch Voltolini die Perforation aus «haemorrhagischem» Geschwüre entstehen lässt, ohne jedoch die Beziehung zwischen Blutung und pathologischer Veränderung der Schleimhaut erklären zu können.

Dreht es sich doch immer wieder um die Frage, warum das im Allgemeinen häufige habituelle Nasenbluten, das in den weitaus meisten Fällen gerade der pars anterior septi entstammt, so überaus selten zur Gelegenheitsursache des Ulcus zu werden pflegt? Wohl aus diesem Grunde widerspricht Rossbach der Vermuthung Voltolinis, indem er den moleculären Zerfall von Schleimhaut und Knorpel direct abhängig macht von der initialen weisslichen Verfärbung des Epithels, ohne indess den Ursprung dieser letzteren feststellen zu können.

Zuckerkandl und Hajek räumen nun im Gegensatz zu Rossbach den Blutungen diejenige Rolle ein, welche sie als primär beeinflussendes Moment für die Nekrose in der That zu haben scheinen.

Auf Grundlage der Haemorrhagie nach aussen und ins Schleimhautgewebe hinein acquirirt nach Zuckerkandl die Mucosa eine gelblich schmutzige oder rostbraune Färbung, die er als Xanthose der Nasenschleimhaut bezeichnet und der er die praedisponirende Eigenschaft zur Entwickelung des Ulc. perf. zuschreibt. Die Schleimhaut wird aufgelockert; die Drüsenmündungen erweitert, wodurch das Terrain förmlich der Infection zugänglich und eröffnet werde, während der schleichende Charakter des Geschwürs durch die in Folge der Haemorrhagien und der verödeten Capillaren herabgesetzten Ernährungsverhältnisse seine Erklärung finde. Bleibt die Infection aus, so käme es hingegen zu partieller Atrophie des Septums. Er unterscheidet sowohl für die eine als die andere Möglichkeit folgende Stadien:

1. Verletzung, lang dauernde mechan. Irritation (etwa Kratzeffecte).
2. Haemorrhagien in das Schleimhautgewebe.
3. Verödung der Capillaren; dadurch mangelhafte Ernährung.
4. Partielle Atrophie bez. Ulcus perf., je nachdem Infection stattfindet oder nicht.

Aus diesen Erörterungen Zuckerkandls, denen wir nur in gedrängter Kürze folgen können, geht also

hervor, dass die Pars anterior septi, welche den Verunreinigungen der Luft und des Fingers besonders ausgesetzt ist, gelegentlich inficirt werden kann und dass es sich dann um eine Infection von schleichend destructivem Charakter handelt, welche auf die früher stattgehabten Blutungen zurückgeführt werden muss.

In ähnlicher Weise urtheilt Hajek, dem, neben 3 klinischen Fällen ein besonders reiches anatomisches Material zur Verfügung stand, indem er sagt: das perforirende Geschwür ist somit nach anatomischen und klinischen Beobachtungen eine wahrscheinlich häufig mit Blutungen in der Schleimhaut beginnende, sehr chronisch verlaufende progressive Nekrose der Schleimhaut und des Knorpels innerhalb der knorpligen Nasenwand, welche ohne in der umgebenden Schleimhaut erhebliche Veränderungen hervorzurufen zur Perforation der Scheidewand führt (nur selten früher heilt) und nach der Perforation spontan zur Heilung gelangt.

Einer Statistik Chiaris zur Folge machen die Haemorrhagien des knorpligen Septums etwa 85 pCt. aller Blutungen aus der Nase aus. Es geht daraus hervor, dass ganz bestimmte Vorbedingungen gegeben sein müssen, welche das Zustandekommen der habituellen Blutung an dieser Praedilectionsstelle begünstigen.

Kiesselbach, Hartmann, Chiari, die sich mit dieser Frage beschäftigt haben, auch Schäffer, Hajek und Dietrich, Alle betonen in aetiologischer Hinsicht für die Blutungen das reiche Gefässnetz und die eigenartige Vertheilung der Gefässe, die besondere Zartheit des Schleimhautüberzuges und seine straffe Anheftung an den Knorpel, den ungünstigen venösen Abfluss und die hiermit im Zusammenhang stehende Bildung varicös erweiterter, zur Blutung neigender Gefässe. So erinnert beispielsweise Dietrich daran, dass das Septum cartilagineum sein arterielles Blut 5 kleinen Arterien verdankt, der. art ethmoidalis ant. und post., der art. spheno- und pterygopalatina und der art. septi mobilis nasi. Ihre Verästelungen gehen hier zahlreiche Anastomosen ein, während das sept. osseum fast nur allein von der art. sphenopalatina versorgt wird. Hiernach sei verständlich, dass der von 5 entgegengesetzten Richtungen ins Capillarnetz hineinbrechende arterielle Blutstrom und mit ihm besonders der venöse Abfluss verlangsamt wird. Die directe Folge ist die varicöse Erweiterung der Gefässe und ihre Zerreisslichkeit namentlich bei gesteigertem Zufluss zum Kopf, starkem Schnäuzen oder irgend welchen äusseren Insulten.

In solchen Varicositäten kann es nun gelegentlich zur Thrombose, nachträglicher Verödung der Capillaren, zum Zerfall von Schleimhaut und Knorpel kommen, so dass unter gleichzeitiger Einwirkung von Entzündungserregern das Ulc. perforans entstehen kann.

Betonen möchte ich übrigens, dass Zuckerkandl diesen ziemlich übereinstimmenden Erklärungsversuchen gegenüber eine durchaus negative Stellung einnimmt, indem er die septalen Blutungen einzig und allein auf den Umstand zurückführt, dass die vordere exponirte Partie der Nasenscheidewand ungleich häufiger Verletzungen ausgesetzt ist, als die tiefer gelegenen Schleimhautpartien, welche von dem bohrenden Finger nicht mehr erreicht werden können. Dass die Septumschleimhaut blutreicher als der Ueberzug der Muscheln oder dünner als die Schleimhaut der äusseren Nasenwand sei oder straffere Anheftung aufweise, leugnet er dagegen vollkommen; ebensowenig gestaltet sich für ihn der Abfluss des Blutes am Septum ungünstiger als an den Muscheln und wir wollen von uns aus hinzufügen, dass die varicös erweiterten Gefässe nicht zum ausschliesslichen Befunde gehören, wenn sie auch nach Chiaris Statistik in 21 pCt. von 70 Fällen notirt sind.

Ob also in erster Linie innere oder rein äussere Ursachen vorwalten, welche das habituelle Nasenbluten zu Stande bringen, diese Frage stösst bei so divergenten Anschauungen auf gewisse Schwierigkeiten; dennoch sollte ich meinen, dass bei einem gesunden Menschen es sich doch nur um Blutungen traumatischen Charakters handeln kann, während die spontane Haemorrhagie der patholog. Gefässwand oder den Stauungen des Kreislaufes angehört; der weitere Verlauf hinsichtlich der consecutiven Geschwürs- und Defectbildung brauchte in einem oder andern Falle doch keine differirenden Merkmale aufzuweisen. Dass es nun in der That Fälle giebt, wo dauernd wirkende äussere Reize die Veranlassung zu recidivirenden Blutungen werden, welche vom Ulcus perforans gefolgt sind, dafür liefern uns die Chromarbeiter den Beweis, bei welchen dieser Erkrankungsprocess nach Delpech und Hillairet fast constant vorzukommen pflegt.

Anmerkung: Im Gegensatz zu der fast durchgängigen Beobachtung dieses Defects bei den Chromarbeitern kommt das Ulcus perforans bei den Cementarbeitern weit seltener vor.

Herr Dr. Moritz Luig, welcher seit etwa 10 Jahren Arzt an der Cementfabrik Port Kunda in Estland ist, schreibt mir auf eine diesbezügliche Anfrage Folgendes:

Von 30 ad hoc untersuchten sogenannten Staubarbeitern boten $^2/_3$, welche 1—2 Jahre in der Cementmühle thätig waren, einen durchaus negativen Befund. Bei dem übrigen Drittel, welches im Minimum 3, im Maximum 12 und im Mittel 7 Jahre Staubarbeit verrichtet hatte, fanden sich an nur 2 Arbeitern manifeste Zeichen eines am knorpligen Septum stattgehabten krankhaften Processes.

So entdeckte L. an einem 35 jährigen Manne, welcher 7 Jahre in Arbeit gestanden hatte, in der Mitte der knorpligen Scheidewand eine runde Perforation von 0,25 Cm. Durchmesser, mit glatt benarbtem Rande, welcher n.r am vorderen Abschnitt exulcerirt war. Das Geschwür, von fest adhaerirender Cementhaltiger Kruste bedeckt, hat einen gut granulirenden Grund und zeigt Tendenz zur Benarbung. Der Pat. giebt an, schon vor 2 Jahren mit dem Finger an der Beseitigung der sich stets erneuernden Kruste gearbeitet zu haben, wobei es oft zu Blutungen gekommen sei. Er ist von schwächlicher Constitution, etwas abgemagert, leidet öfter an Verdauungsstörungen. Pulmones suspect., keine Lues. Auffallend ist die Dünnwandigkeit des Knorpels.

Im zweiten Falle, 29 jähriger Arbeiter, 9 Jahre im Dienste, fand sich freilich keine Perforation, statt dessen an der linken Seite der knorpeligen Nasenwand eine oberflächliche kleine weisse Narbe, über deren Entstehung Pat. keine Angaben zu machen weiss.

Wenn es sich bei dieser Untersuchung, für welche ich dem Collegen L. meinen wärmsten Dank ausspreche, auch nur um einen zweifelhaften Fall von Ulc. sept. nasi perfor. handelt, so wird hierdurch die Angabe Foulerton's (Chatam) bestätigt, der im Jahre 1889 über das Vorkommen der Perforation bei den Cementarbeitern berichtet.

So entnehme ich dem Eulenberg'schen Handbuch des öffentlichen Gesundheitswesens und speciell dem von Hörmann bearbeiteten Kapitel über Chromindustrie folgende werthvolle Notiz der genannten Autoren: Die Erscheinungen, die dieser Perforation vorausgehn, sind Prickeln in der Nase, häufiges Niesen, begleitet von starker Absonderung und eine schmerzhafte Empfindung beim Einathmen kalter Luft. Bei vielen Individuen kommt häufiges Nasenbluten hinzu. Diese Neigung zur Blutung besteht bei Einigen monate- bei anderen tagelang. Auffallend ist, dass diese Perforationen ohne besondere Schmerzempfindung zu Stande kommen, im Gegentheil von den Arbeitern meist ganz ahnungslos acquirirt und erst bei der ärztlichen Untersuchung entdeckt werden.

Bei sehr vorgeschrittener Desorganisation des Knorpels tritt Deformation der Nase ein. In sehr vielen Fällen kommt es zur Heilung; wird indess der Pat. dem bisherigen Wirkungskreise nicht entzogen, so treten meist Recidive ein.

Sie sehen, m. H. dass es sich hier um eine gewerbliche Erkrankung handelt, welche zweifellos der klinischen Schilderung des Ulcus septum perforans entspricht, ohne aus inneren Ursachen entstanden zu sein. Diese Beobachtung muss aber unser Interesse noch aus einem weiteren Grunde in Anspruch nehmen, als durch das fast constante Vorkommen der Perforation bei

den Chromarbeitern die Frage nach der luetischen oder nicht luetischen Grundlage des Krankheitsprocesses ihre Entscheidung finden dürfte. Sie werden mir zugeben müssen, dass wir es doch unmöglich mit einem fast ausschliesslich luetischen Arbeiterpersonal zu thun haben werden und falls einer der Arbeiter es wirklich ist, er ebenso gut wie jeder andere, der nie luetisch inficirt war, an diesem Uebel erkranken kann, so dass man dann mit Fug und Recht selbst bei einem Syphilitiker von einem Ulcus sept. nasi perforans non syphiliticum reden dürfte. Kehren wir zu denjenigen Fällen zurück, die dem gewöhnlichen Leben angehören, so ist man, glaube ich, wohl berechtigt den nicht luetischen Charakter des Geschwürs anzunehmen, wenn wie in dem von mir berichteten Falle keinerlei sonstige Symptome, die auch nur entfernt auf Syphilis schliessen lassen, vorliegen und das Jodkali wirkungslos bleibt.

Differentialdiagnostisch wichtig ist ferner der Umstand, dass das Ulcus septi cartilag. auch ohne Behandlung heilt, sobald es zum Durchbruch gekommen ist, während das syphilitische Ulcus, welches sich mit Vorliebe am knöcheren Septum etablirt, nach stattgehabter Perforation zu weiteren Zerstörungen des Knochens führt. Ein weiteres Unterscheidungsmoment scheint mir in dem Umstande gegeben zu sein, dass das Ulc. perf. Tendenz zum Durchbruch besitzt, während die auf dem Sept. cartilag. gelegentlich vorkommenden Plaques muqueuses unter Jodkali vorher zu heilen pflegen. So paradox es klingt, wäre also dort eher Verdacht auf Lues angebracht, wo eine flächenartige Narbe im Bereiche der knorpligen Nasenscheidewand besteht, als dort, wo statt dessen eine Perforation gefunden wird.

Trotz dieser Erwägungen, welche in hohem Grade für eine Erkrankung sui generis sprechen, möchte ich nicht unerwähnt lassen, dass Dietrich jüngst einen Fall publicirt hat, der bei aller Analogie, dennoch syphilitischen Ursprungs war, und Jurasz die Mittheilung machen konnte, dass ein von einem Collegen bereits literärisch verwertheter Fall von ihm nachträglich durch Geständniss des Patienten auf seine syphilitische Basis zurückgeführt werden konnte. Dass es unter solchen Umständen einer minutiösen Untersuchung und doppelter Vorsicht bei Beurtheiluug des Ulc. perforans bedarf, unterliegt keinem Zweifel. Nichtsdestoweniger ist durch derartige Ausnahmen von der Regel noch nicht der Beweis dargethan für die Anschauung Jurasz's, welcher die Nekrose des Knorpels höchstens dyskrasischen, speciell aber syphilitischen Individuen zuschreibt. Endlich möchte ich noch an die Möglichkeit erinnern, dass die luetische Infection nicht unbedingt zur Grundursache des Ulc. perfor. zu werden braucht, wie auch schon der vielerfahrene Voltolini sagt: Mit Syphilis hat diese Erkrankungsform nichts zu thun, obgleich Leute, welche im Leben einmal inficirt gewesen sind, zuerst daran denken.

Doch eine weitere Frage haben wir zu beantworten. Ist die Annahme gerechtfertigt, dass es sich vielleicht um ein Geschwür tuberculösen Charakters handelt?

Weichselbaum und Hajek haben freilich Defecte der knorpeligen Nasenscheidewand vorzugsweise bei tuberculösen Leichen gefunden; das Material stammte jedoch aus den ärmsten Klassen, wo jede 2. Leiche tuberculös war.

Gegen diesen scheinbaren Zusammenhang spricht aber der Umstand, dass wir es beim Ulc. perf. niemals mit der für die Tuberculose der Nasenschleimhaut typischen Granulationsgeschwülsten zu thun haben und dass in einem Falle der Tuberkelbacillus seine specifische Rolle spielt, während er im andern Falle nie gefunden wird, was durch die vielfachen Untersuchungen Hajeks am Lebenden zweifellos festgestellt worden ist. Nicht uninteressant dürfte ferner die Thatsache sein, dass Tuberculininjectionen, zur Zeit an einem 16jährigen Mädchen durch Herrn Prof. Unverricht ausgeführt, keine Allgemeinreactionen hervorzurufen im Stande waren, obgleich nicht allzu lange Zeit nachher Perforation der knorpeligen Nasenscheidewand constatirt werden konnte.

Eine Verwechslung endlich mit Lupus dürfte wohl kaum ernstlich in Frage kommen, da es sich bei Durchbruch des Knorpels um gleichzeitige lupöse Processe der äusseren oder inneren Nase handelt.

M. H.! Wir sind am Schlusse; die bereits überschrittene Zeit drängt. Ich hoffe, dass diese Arbeit mit dazu beigetragen hat, die Anschauungen über das Wesen der septalen Perforationen zu klären und die Vorurtheile zu zerstreuen, welche bisher in der einseitigen Auffassung gipfelten, jede Perforation sei syphilitischen Ursprungs.

Literaturverzeichniss.

R. Voltolini: Die Krankheiten der Nase. Breslau 1888.

Rossbach: Allgemeine medic. Central-Zeitung. 1889. Nr. 24.

E. Zuckerkandl: Norm. und pathol. Anatomie der Nasenhöhle. Wien 1882.

Weichselbaum: Das perf. Geschwür der Nasenscheidewand. Allgem. Wiener med. Zeitung. 1882. 34 und 35.

M. Hajek: Das perforirende Geschwür der Nasenscheidewand. Archiv f. path. Anatomie. Bd. 120, Heft 3. 1890.

E. Zuckerkandl: Normale und pathol. Anat. d. Nasenhöhle II. Band. 1892. Wien und Leipzig.

Kiesselbach: Ueber spontane Nasenblutung. Berl. klin. Wochenschr. 1884. Nr. 24.

A. Hartmann: Erfahr. auf dem Gebiete der Hals- und Nasenkrankheiten. Leipzig und Wien. 1887.

Chiari citirt nach Zuckerkandl.

M. Schäffer: Rhinolog. Mittheilungen. Monatsschr. für Ohrenheilkunde. 1886. Nr. 11.

J. Dietrich: Monatsschr. für Ohrenheilkunde. 1890. pag. 336.

Delpech et Hillairet: Ann. d'hyg. publ. 2 ser. t. 21. pag. 5. 1869. und t. 45 pag. 5 und 193 1876.

Eulenberg's Handbuch des öff. Gesundheitswesens. Berl. 1881. I Band.

Hörmann: Ueber Chromindustrie.

A. Jurasz: Die Krankheiten der oberen Luftwege. Heidelberg 1890.

Hildebrandt: Jahrbuch der Anatomie, citirt nach Zuckerkandl.

J. Hyrtl: Lehrb. der Anat. 11. Auflage. Wien 1870. pag. 533.

Foulerton (Chatam) citirt bei W. Freudenthal: Ueber das Ulc. sept. nasi perforans. New-Yorker med. Monatsschrift. 1891.

Referate.

Prof. F. Martius (Rostock): Die quantitative Salzsäurebestimmung des Mageninhaltes. (Verhandlungen des 11. Congresses für innere Medicin, gehalten zu Leipzig, 1892).

Verf. bespricht in seinem Vortrage die Leistungsfähigkeit einer von ihm und J. Lüttke in seiner Poliklinik ausgearbeiteten Methode der Salzsäurebestimmung des Mageninhaltes. Er giebt dabei nur den Gang der Untersuchung an, während er in Betreff des chemischen Theiles derselben auf die von J. Lüttke bereits veröffentlichte Arbeit «Eine neue Methode zur quantitativen Bestimmung der Salzsäure im Mageninhalte» (Deutsche med. W. 1891, Nr. 49.) verweist.

Zu ihren Bestimmungen benutzten Verf. und J. Lüttke stets unfiltrirten Mageninhalt, der vorher gut durchgerührt wurde, da es sich gezeigt hatte, dass die Untersuchung des Filtrates unter Umständen ganz falsche Resultate giebt, während es ein grosser Vorzug ihrer Methode ist, dass die ungelösten Bestandtheile des Mageninhaltes weder die Aciditäts- noch die Chlorbestimmungen beeinträchtigen können.

Es wird in jedem Einzelfalle zunächst die Gesammtacidität = A bestimmt. Darauf folgt die titrimetrische Bestimmung des gesammten Chlors = a und die Bestimmung des Chlors der Chloride = b. Daran schliesst sich, falls die qualitativen Farbstoffreactionen mit Phloroglucin-Vanilin oder Congo in Bezug auf freie Säure ein positives Resultat ergeben haben, die quantitative Bestimmung derselben durch Titrirung mit einem der nur freie Säure anzeigenden Indicatoren an. Dazu empfiehlt Verf. Tropaeolin. Aus diesen vier empirisch bestimmten Werthen, A und B, a und b, lässt sich unter allen Umständen berechnen, was in Betreff der Magensäure zu wissen von Werth ist und kann eine derartige Bestimmung nach Verf. selbst in den complicirtesten Fällen bequem in nicht ganz einer Stunde ausgeführt werden.

Der wahre Gang der Untersuchung ist nun folgender: a—b giebt uns die Menge des Chlors der Salzsäure. Ferner ist ohne Weiteres ersichtlich, dass, wenn A=a—b gefunden wird (beides in den Zahlen des Liters ausgedrückt oder auf HCl berechnet), die Acidität lediglich durch Salzsäure bedingt ist. Ist $A > a - b$, so giebt die Differenz unmittelbar den Werth für fremde (organische) Säuren und saure Salze an. $\frac{A}{a-b} = 1$ bedeutet, dass letztere fehlen. $\frac{A}{a-b} < 1$ dagegen ist ein Experimentalfehler, es sei denn, dass der bei der Aciditätsbestimmung benutzte Indicator auch durch die lockeren organischen Verbindungen der HCl beeinflusst wird. Fällt die qualitative Farbstoffreaction positiv aus, so ist zu untersuchen, welcher Theil der gefundenen Gesammtsalzsäure (a—b) frei, welcher gebunden ist. Der durch Titriren mit Tropaeolin gefundene Werth für freie Säure wird mit B bezeichnet. Ist vorher die Abwesenheit fremder (organ.) Säuren nachgewiesen, so ist damit die Untersuchung zu Ende. Wir haben B = freie Salzsäure und (a — b) — B = gebundene Salzsäure. Sind dagegen organ. Säuren in beachtenswerther Menge vorhanden $\left(\frac{A}{a-b} > 1\right)$, so fragt es sich, welcher Antheil diesen, welcher der Salzsäure zuzurechnen ist. Da bei Gegenwart freier Salzsäure die schwächeren organischen Säuren nicht gebunden sein können, so müssen sämmtliche organische Säuren [A—(a—b)] in B enthalten sein. Folglich bleibt für freie Salzsäure der Wert B—[A—(a—b)]. Damit ist die Untersuchung auch für den complicirtesten Fall zu Ende geführt.

Im Anschluss an vorliegende Ausführung theilt Verf. kurz die bei seinen Untersuchungen gewonnenen Resultate mit. Es hat sich gezeigt:

1. Dass bei der normalen Verdauung ein erstes Stadium, in dem Milchsäure, und keine freie HCl gebildet wird, nicht existirt. Milchsäure wird während der ersten Stunde der Verdauung nur dann gefunden, wenn sie fertig mit der Nahrung eingeführt wird (Fleischmilchsäure).

2. Schon wenige (5) Minuten nach der Nahrungsaufnahme ist die secernirte HCl quantitativ nachweisbar. Sie allein bestimmt (falls nicht Säuren mit der Nahrung in den Magen gebracht sind) die Acidität. Die als frei secernirte HCl wird jedoch unmittelbar in statu nascendi an das Eiweiss der Nahrung gebunden. Trotz der stetig wachsenden Acidität ist sie also zunächst für die bekannten Farbstoffreactionen nicht nachweisbar. Der Zeitpunkt, bis zu dem die HCl frei bleibt (nicht wird!) hängt ceteris paribus von der Menge des eingeführten Nahrungseiweisses ab.

3. Organische Säuren, insbesondere Milchsäure, treten in solchen Mengen, dass sie die Acidität nachweisbar mitbedingen, nur unter pathologischen Verhältnissen und auch dann nur bei Stagnation in den späteren Stunden nach der Nahrungsaufnahme auf. Sie können unter diesen Bedingungen sehr hohe Werthe erreichen.

4. Die Salzsäure wird als solche und zwar frei secernirt. Alle anderen Vorstellungen sind unhaltbar.

H. Büttner.

II. Die operative Behandlung der Appendicitis.

John. C. Munro. M. D.: A case of recurrent Appendicitis. Operation. Recovery. Boston medical & surgical J. Vol. CXXVI. Nr. 26, pag. 653.

Im vorliegenden Falle entsprachen die pathologischen Veränderungen nicht den vorhergehenden Leiden. 17jährige Patientin. Erkrankte im Nov. 89 an Darmkoliken die 8 Stunden anhielten. Schmerzen in d. Coecalgegend. Am nächsten Morgen Besserung, in der folgenden Nacht wieder Verschlimmerung. Hospitalbehandlung 2 Wochen. Ruhe, Diät, Opium. Nach mehreren Wochen neue Attacken. Im Sommer 90 rieth M. zur Operation oder absoluter Ruhe von 4 Monaten. Trotz letzterer eine acute Attacke im Bette, die eine Woche dauerte. Im J. 1891 P. ziemlich elend, reducirt, invalide. Laparotomie 20 II 91. Die Bauchhöhle eröffnet in d. rechten linea semilunaris. Auf dem Coecum einige Streifen frischer Lymphe. Der Appendix scheinbar normal, etwas rigid vielleicht und verdickt: Excisio 1/2" vom Coecum, Peritonealüberzug eingestülpt, mit Seide über den Stumpf vernäht. Den Tag über einige gelinde Schmerzen T° 101°, dann normal. Am 5. Tag Seidlitzpulver. Am 6. prima intentio. Am 13. alle Nähte entfernt. Seit einem Jahr keine Anfälle mehr. Der Appendix wurde mikroskopisch untersucht und normal gefunden.

John Homons. M. D.: Two cases of relapsing Appendicitis. Operation between attacks. Cure. Boston medical & surgical Journal. 1892. July. Nr. 4, pg. 86.

I. Patient trat in Hospitalbehandlung 1/IV 91. Vor 18 Monaten erster Anfall v. Appendicitis. 5 Tage bettlägerig, Schmerzen, Erbrechen. Seitdem 5 Anfälle, der letzte vor 10 Tagen. Jetzt gutes Allgemeinbefinden. Bei Palpation grössere Resistenz rechts, hier hühnereigrosser Tumor den Beckenrand überragend, elastisch, empfindlich. 6. IV. 91 Operation. Incision über den Tumor 3½" lang, mitten zwischen spina ant. sup. u. Nabel. D. Omentum der Bauchwand adhaerent. Nach Durchtrennung d. Omentum entleert sich ℥i Eiter und Ascitesflüssigkeit. Der Tumor hühnereigross wurde von den Adhaesionen getrennt, Coecum und die Vereinigungsstelle d. ileum blosgelegt. Der Tumor bestand grösstentheils aus Netz. Der Appendix fand sich in ein Stück gangraenösen Omentums eingewickelt. Resectio omenti, excisio appendicis. Wunde zugenäht ohne Drain. Heilung nach 3 Wochen. Bis dato (Mai 92) gesund.

II. 18jähriger Jüngling. Erster Anfall Februar 1891. Opiumklysmata. Zweiter 1/IV; dritter 15. Juli. Der Anfall erfolgte am Abend. Den ganzen Tag hatte P. auf der Jagd zugebracht und darauf stark zu Abend gegessen. 2 Wochen darauf kein Tumor durchzufühlen. 4. Anfall 20/VIII. Behandlung mit Abführmitteln. 5. Anfall 18/IX; 6. 9/I 92. Operation 4/II 92. Appendix leicht gefunden. Keine Adhaesionen, keine Entzündung, alles normal bis auf den verdickten und starren Appendix. Excision an der Basis. Appendix ½ Zoll dick, gefüllt mit dunkelgrüner, eingedickter Flüssigkeit. Fremdkörper nicht gefunden. Chron. catarrhal. Appendicitis; Verdickung der Mucosa, in geringerem Grade d. Muscularis. Bis jetzt kein Recidiv.

A. Worcester: The Treatment of Appendicitis. The Boston medical etc. Journal CXXVII. Nr. 5, pg. 101. 1892.

Die Behandlung der Appendicitis propria, des perityphlitischen Abscesse u. d. allgemeinen Peritonitis ist im Wesentlichen dieselbe d. h. eine operative. Letztere ist unangefochten beim perityphlitischen Abscess. Der Abscess kann der vorderen Bauchwand adhaerent sein oder nicht. Adhaerenz abwarten ist nicht anzurathen, da unterdessen ein Durchbruch in die Bauchhöhle leicht zu Stande kommen kann. In den Fällen, wo wir durch die Peritonealhöhle dringen müssen, um zum Abscess zu gelangen, laufen wir nicht Gefahr zu inficiren, wenn wir Schwämme oder Jodoformgaze herumpacken und die Bauchwand fest hinunterdrücken ehe wir den Abscess leeren und auswaschen. Die Hauptgefahr liegt nach W. nicht in Infection der Bauchhöhle während der Operation, sondern im ungenügenden Drainiren. Drainröhren allein sind fast werthlos, aseptische Gaze muss den Röhren entlang in die Abscesshöhle geleitet werden. Um die Abdominalwände nicht zu inficiren, ist es besser keine Naht anzulegen. — W. berichtet über 4 adhaerente Abscesse. Alle genesen. Fall V. Nicht adhaerenter perityphlitischer Abscess. Operation. Genesung. Patient 35 J. alt, erkrankt 19. X 91. Am 24. X constatirt faustgrosser Tumor in der rechten fossa iliaca, scharf begrenzt, schmerzhaft. Incision 3 Zoll in der rechten linea semilunaris. Bei Eröffnung der Bauchhöhle entleeren sich einige Unzen stinkenden Eiters. Eine eigentliche Abscesshöhle nicht vorhanden, sondern eine Masse nekrotischen Gewebes, die in situ gelassen wird. 5 Drainröhren werden in verschiedenen Richtungen eingelegt und Jodoformgaze zwischen den Röhren in die fossa iliaca d. gepackt. Abführmittel. Genesung nach 2 Monaten. Fall VI. Nicht adhaerenter perityphlitischer Abscess. Operation. Genesung. 8 Jahre alter Knabe. Eingetreten 5. IX. 1890. Erkrankt vor 2 Wochen. Dumpfer Percussionsschall, Empfindlichkeit und Resistenz in der rechten Lendengegend. Operation 6. IX. Verticale Incision 2 Zoll lang über der crista ilei an Stelle der grössten Resistenz. Eine Masse v. Hühnereigrösse kam zum Vorschein; Schwämme wurden herumgepackt und die Abdominalwand auf die Schwämme heruntergedrückt, so dass bei Eröffnung des Abscesses der faulige Eiter nicht in die Peritonealhöhle floss. Auswaschen. 2 Drains. Gesund nach 2 Wochen.

VII. 76jähriger Farmer, erkrankt 27. III 92. 3 IV. Operation. Incision 3½ Zoll in der rechten linea semilunaris über dem Tumor. Bei Eröffnung der Bauchhöhle floss trübe blutige Flüssigkeit. Die serosa d. vorliegenden Darmschlinge stark injicirt. Der Tumor eine verfilzte Masse am Beckenrande. Bei Untersuchung mit dem Finger platzte dieselbe, ehe Gaze herumgepackt worden war, so dass fauliger Eiter direct in die Bauchhöhle sich ergoss. Abscess- und Peritonealhöhle werden gründlich mit gekochtem Wasser ausgewaschen. Tamponade mit Jodoformgaze und Drainage. Genesung.

Appendicitis propria bezeichnet W. als Entzündung eines ganz werthlosen Organs. Grosse Tendenz zur Gangraen. Die richtige Behandlungsweise besteht in der Excision des Appendix und zwar im Beginne der Erkrankung ehe Perforation oder sonstige Complication eintritt. Dann ist die Operation nicht schwierig, da keine Adhaesionen da sind, die das Aufsuchen des Appendix erschweren.

VIII. Appendicitis. Allgemeine eitrige Peritonitis. Operation, Genesung. Erkrankt 7. IX 90. 24 jähriger Mann. Schmerzen im Abdomen, hauptsächlich im Hypogastrium in der Mittellinie und in der linken Seite. Keine Dämpfung. Per rectum Beckenboden empfindlich, keine Hervorwölbung, keine Fluctuation. Operation 9. Oct. Incision 3 Zoll in der Medianlinie. Aus der Bauchhöhle entleert sich seropurulente Flüssigkeit. Appendix im Becken der hinteren Wand adhaerent. 2. Schnitt in der rechten Abdominalwand 2 Zoll lang, parallel dem ligamentum Poupartii. Entfernung des Appendix schwierig. Er ist 4½ Zoll lang, äussere ¾ gangraenös, noch nicht perforirt. Amputation ½" vom Coecum, dicker Eiter aus dem Becken und aus der Peritonealhöhle ausgewaschen. Drain im Becken. Genesung.

IX. Appendicitis. Peritonitis purulenta. Operation, Tod. 35 Jahre alter Patient erkrankt 25 Aug. 90. Frösteln u. Schmerzen in der Nabelgegend. Am nächsten Tage sind die Schmerzen grösser, namentlich in der rechten Iliacalgegend. Kein Tumor. Abführmittel. Die Schmerzen steigern sich darauf bis zum Unerträglichen. Nächsten Morgen T° 102,5°. Puls 110. Emtus, Meteorismus. Am Nachmittag T° 96. Puls klein, schwach, kalter Schweiss, Erbrechen von dunkelbraunen Massen. Operirt pulslos, bei kalten Extremitäten aber voller Besinnung. Der Appendix fand sich gangränös. Im Abdomen frei jauchiger Eiter. Tod 3 Stunden nach der Operation.

X. Appendicitis. Operation. Genesung. 6 Jahre alter Knabe. Erkrankt 10. Aug. 90. Schmerzen in der rechten Seite des Bauches. Erbrechen während der Nacht. Dämpfung u. Empfindlichkeit rechts. Operation 50 Stunden nach der Erkrankung. T° 102. P. 120. Schnitt 2½ Zoll parallel d. crista ilei 1½ Zoll vom Rande entfernt. Peritoneum mit dem Coecum und Colon adhaerent. Nach Lösung der Adhaesionen mit dem Finger fand W. den Appendix unter (resp. hinter) dem Coecum, demselben fest adhaerent. Nach dem Gefühl zu urtheilen war er gangränös und enthielt einige Concremente. Aus den Adhaesionen konnte nur die Spitze ausgelöst werden, er wurde daher in situ gelassen und ein perforirtes Drain daneben geleitet. Vom 2. Tage an normale Temperatur. Aus der Wunde entleerte sich eine grosse Menge blutig-seröser Flüssigkeit. Zur Zeit der Operation war kein Eiter. Erst am 3. Tage p. o. zeigte sich eine kleine Menge übelriechenden Eiters. Am 6. Tage kam ein nussgrosses Stück Koth zum Vorschein. Nach 3 Wochen Genesung.

XI. 21 jähriger Mann. Jüngste Attacke 30. Jan. 92. Schon früher mehrere Mal leichte Anfälle. Keine Dämpfung, kein Tumor. Meteorismus; T° 98. P. 108. Operirt 44 Stunden nach der Erkrankung. Bei Eröffnung der Bauchhöhle in der rechten linea semilunaris zeigt sich Eiter in der Bauchhöhle. Appendix 2 Zoll lang. Perforation nahe der Basis. Amputation. Auswaschen der Peritonealhöhle mit gekochtem Wasser. Glasdrain. Geheilt.

XII. 21 jähriges Mädchen. Vor 12, 10 und 6 Monaten Anfälle von Appendicitis. Jetzt erkrankt 6. Jan. 91. Unbehagen, Schmerzen im Leibe; am nächsten Tage Frost, grosse Schmerzen namentl. rechts unten. T° 100,6. P. 112. Keine Dämpfung in der Coecalgegend. Operirt 48 Stunden nach der Erkrankung. In der Narcose Starre der Bauchdecken wie bisher, unbestimmte Resistenz rechts in der fossa iliaca. Peritoneum verdickt. Trübes Serum. Zur Medianlinie hin Alles frei und normal. An der äusseren Seite des Coecum zarte Adhaesionen welche leicht nachgeben. Appendix leicht gefunden, unten und aussen vom Coecum, umspült von stinkendem Eiter. Amputation, Ausspülung der Bauchhöhle. Drains in der fossa iliaca. Genesung trotz Complication; Eiterung der Bauchwunde, Phlebitis des linken Beins. Ausgeschrieben 6 Wochen nach der Operation.

M. Richardson: Remarks on the surgical treatment of Appendicitis. (Ibidem pag. 105).

Acute Appendicitis		Genesung	ohne	Operation	27
Chronische	»	»	»	»	4
»	»	Tod	»	»	1
Chronische	»	Genesung	nach	Operation	6
Acute	»	»	»	»	21
»	»	Tod	»	»	13
»	»	Keine Operation gewagt			9
					81

Summa	Genesung	ohne	Operation	32
»	»	mit	»	27
Tod	nach	Operation		13
»	ohne	»		9
				81

Allg. Mortalität 29 pCt. Operirter 32,5 pCt. Bei acuter Appendicitis 31—38 pCt.

Die Mortalität wäre im Allgemeinen geringer, wenn früher operirt werden würde. Die Gefahren einer Explorativ-Laparotomie sind gering. Unstreitig giebt es aber Fälle, wo auch der wüthendste Operateur im Ernst die Entfernung der Appendix nicht anräth. Wichtig ist zu unterscheiden zwischen localisirter und allgemeiner Peritonitis. Zeichen einer Perforationsperitonitis sind plötzliche Temperatursteigerung, rasende Schmerzen, Meteorismus. Paralyse des Darms und Erbrechen. Hier ist die Operation einzige Rettung, wenn auch meist zu spät. Im Allgemeinen sind die Ausgänge einer Appendicitis: 1) localisirte Peritonitis ohne Abscessbildung, 2) mit Abscessbildung, 3) plötzliche Perforation ohne vorhergehende Störungen. Im Falle sub 2 ist die Eröffnung des Abscesses die einzig richtige. Sich selbst überlassen perforiren sie manchmal in andere Organe. Darm oder Blase. oder in die freie Bauchhöhle. Es giebt Fälle, die unter den schwersten Symptomen beginnen und dann glatt auch ohne Operation endigen, doch ist die Laparotomie immer vorzuziehen, da man unmöglich vorherwissen kann, ob der Fall in wenigen Stunden nicht in eine septische Peritonitis ausartet.

Elliot. M. D.: Appendicitis. Summary of cases. (Ibidem, pg. 111).

E. verfügt über 21 Fälle, 19 genasen. 2 starben. Im ersten Fall, der letal endete, fand sich der Appendix vollständig vom Coecum getrennt, ein Loch im Blinddarm d. den Finger durchliess. Im 2. war schon allgemeine septische Peritonitis. Die früheste Operation war 40—45 Stunden nach der Erkrankung unternommen worden. Die T° giebt nach E. keinen Aufschluss über die Schwere des Falles. Hauptgewicht ist auf locale Symptome zu legen. Sind keine Erscheinungen acuter Sepsis da, so operirt E. nicht bis local was gefunden ist, Auftreibung des Bauches, Starrheit der Bauchdecken, Meteorismus oder Resistenz in der fossa iliaca. Die Kothanhäufungen sind auszuschliessen. Wo grosse Abscesse sind braucht noch keine Dämpfung zu sein. Die Palpation ist das Wichtigste. Bei der Operation soll kein Abscess in die Bauchhöhle platzen, auch soll Eiter im Becken nicht übersehen werden.

Erwähnenswerth sind folgende Fälle: Peritonitis purulenta, Excision der Appendix. Drainirung der Peritonealhöhle 40 Stunden nach den ersten Schmerzen. Genesung. 6 jähriger Knabe. Erkrankt 11. Juli. Operirt 13. Juli. Ebenso ein 18 jähriges Mädchen mit allgemeiner Peritonitis, wo die Operation 45 Stunden nach dem Anfalle gemacht wurde. Genesung. 18 jähriges Mädchen. Erkrankt vor 10 Tagen, T° 104. P. 130. Kräfteverfall. In extremis. Bei der Operation fand sich ein circumscripter Abscess. Genesung. Butz.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Magnan: Psychiatrische Vorlesungen, Heft II u. III. Ueber die Geistesstörungen der Entarteten. Deutsch von P. J. Möbius. Leipzig, Thieme 1892.

Während das I. Heft dieser Vorlesungen hauptsächlich einer eng begrenzten Krankheitsform, dem délire chronique = Paranoia completa, gewidmet war, umspannt der vorliegende Band in acht Abhandlungen von Magnan dessen Lehren über das weite Gebiet der geistigen Entartung. In einer überaus klar gefassten und an zutreffenden Behauptungen reichen Einleitung giebt Möbius eine kurze Uebersicht über Magnans Lehre von den Geistesstörungen der Entarteten, ehe er dem Leser die Originalaufsätze des französischen Irrenarztes vorführt. Mit Recht nennt Möbius dieses Gebiet «einen der wichtigsten Theile der Menschenkunde überhaupt». Der Arzt, der Richter, der Pädagoge, oder «überhaupt der es mit wirklichen Menschen zu thun hat, bedarf der Kenntnisse hierüber». «Denn die Entarteten sind nicht nur überaus zahlreich und ihre Zahl wächst immer mehr, sondern auch sie gelten zum grossen Theile nicht für krank und spielen gerade wegen der ihnen eigenen Art eine grosse Rolle in der Gesellschaft». Entartete sind die, die vermöge krankhafter Zustände ihrer Erzeuger mit einem krankhaften Geisteszustande zur Welt kommen. Derselbe krankhafte Zustand kann durch Schädlichkeiten, welche das Kind in utero und während der frühen Kindheit treffen erworben werden. In die Kategorie der «Entarteten» gehören also mehr Individuen, als die früher als «Hereditarier» bezeichneten. Bei der Betrachtung der Entarteten (dégénérés) unterscheidet Magnan dreierlei Zustände: 1) den dauernden Geisteszustand (état mental) — 2) die hinzutretenden Zufälle (syndromes épisodiques) und 3) das Irresein im engeren Sinne (état délirant). Nach dem dauernden Zustande lassen sich die Entarteten in mehrere Stufen scheiden: man kann hier Idioten, Imbecille und Entartete geistiger Reife auseinander halten. Die Entartung bei geistiger Reife zeigt dauernd

eine Disharmonie der einzelnen geistigen Fähigkeiten, neben glänzenden Fähigkeiten finden sich intellectuelle oder moralische Lücken. Hierzu kommen nun die seelischen Stigmata der Entartung, die Zufälle oder Syndrome. Unter ihnen sind die Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen die wichtigsten. Aber auch eine Reihe, früher als Monomanie bezeichneter Zustände ist unter die Syndrome der Entartung zu rechnen, so Dipsomanie, Kleptomanie, geschlechtliche Verkehrtheiten und vieles andere. Bei diesen Zufällen ist Krankheitseinsicht vorhanden. Diese fehlt bei der moral insanity, welche den Uebergang zu den bei den Entarteten vorkommenden eigentlichen Psychosen darstellt. Vorübergehende Delirien und längerdauernde Störungen entwickeln sich bei ihnen leicht und tragen in der Unregelmässigkeit des Verlaufs, in der bizarren Form des Wahns, in den unvermittelten Uebergängen besonderen Charakter, der auf die Entartung hinweist. Rückfälle sind sehr häufig.

Magnan steht, indem er so die Lehre von der Entartung formulirt, durchaus auf den Schultern Anderer, die vor ihm über Heredität und nervöse Entartung arbeiteten. Es ist aber sein grosses Verdienst, das Zerstreute unter einheitlichen Gesichtspunkten zusammengefasst und besonders durch die Vereinigung der sog. Zufälle, Syndrome auf dem Boden der Entartung neue Ausblicke geschaffen zu haben. Vorzügliche Krankengeschichten und die anziehende Form der Darstellung, an der auch der Uebersetzer seinen Theil hat, werden diese Veröffentlichungen zu allgemeiner Kenntnissnahme bringen, ganz abgesehen von der hohen Bedeutung der hier verhandelten Fragen an sich. Wer dieses Buch zur Hand nimmt, wird es sicher nicht ungelesen fortlegen.

Mercklin.

Leubuscher und Ziehen: Klinische Untersuchungen über die Salzsäureabscheidung des Magens bei Geisteskranken. Jena. Fischer 1892. 96 pag.

Untersuchungen über die Magenverdauung bei Geisteskranken waren bisher in nicht sehr grossem Umfange angestellt worden. Die Verf., welche zunächst die jetzt üblichen Methoden der Untersuchung einer Kritik unterziehen, legen das Hauptgewicht auf die quantitative Bestimmung der Salzsäure, die sie in mehr als 600 Analysen nach der Methode von Sjöqvist (mit geringer Modification) bei den verschiedensten Psychosen und zu verschiedener Zeit bei den Einzelfällen anstellten. Ausserdem wurden die übliche Aciditätsbestimmung, Farbstoffreactionen und Verdauungsproben ausgeführt. In Bezug auf die einzelnen Krankheitsformen ist das Resultat der mühevollen Untersuchungen Folgendes:

1. Bei Dementia paralytica und D. senilis besteht häufig Tendenz zu Hypochlorhydrie, die mit psychischem und somatischem Verfall der Kranken zunimmt.

2. Auch bei angeborenem Schwachsinn (Imbecillität) und secundärer Demenz nach functionellen Psychosen zeigt sich eine ähnliche, wenn auch schwächere Tendez zur Herabsetzung der Salzsäuresecretion. Bei anderen, functionellen Psychosen waren die Ergebnisse schwankend. Dies gilt auch für die Melancholie, für welche v. Norden Hyperacidität als Regel constatirt hatte. Wie es scheint, giebt es unter den Geisteskranken, vielleicht auch unter den Geistesgesunden in grösserer Anzahl Individuen mit Schwankungen der Salzsäuresecretion mit einer sehr «labilen Chlorhydrie». In Bezug auf den Einfluss der Affecte ergab sich, dass Exaltation und Depression in gleichem Sinne und zwar in leichter Tendenz zur Erhöhung der Salzsäurewerthe wirken. Inhaltliche intellectuelle Störungen haben als solche keinen Einfluss, während intellectueller Defect (cf. oben) die Salzsäuresecretion herabzusetzen tendirt. Das motorische Verhalten der Kranken scheint auf die Salzsäuresecretion keinen erheblichen Einfluss zu haben. In Bezug auf alle Einzelheiten verweisen wir auf die mit hervorragendem Fleiss ausgeführte Arbeit.

Mercklin.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzungen vom 13. April und 4. Mai 1892.

1. Dr. Amburger verliest eine Abhandlung «Ueber Athempausen». (Gedruckt in Nr. 24 dieser Wochenschrift 1892).

Physiologischer, sowie pathologischer Stillstand des Athmens sind dem Verständniss näher gerückt durch die Entdeckung von mehrfachen Centren der Respiration, namentlich durch das von Unverricht in der Hirnrinde gefundene und von Preobrashenski bestätigte Hemmungscentrum. Unter den graduell verschiedenen pathologischen Formen der Athempausen beansprucht, durch die Regelmässigkeit der Erscheinungsform, das grösste Interesse das s. g. Respirationsphänomen von Cheyne-Stokes. Dr. Amburger ist der Ansicht, dass lediglich das langsame Anwachsen der Blutreize (O-mangel) während der Athempause der Grund für das charakteristische Anwachsen der aufsteigenden Respirationsphase ist, besonders da das Bewusstsein der Kranken fast immer aufgehoben oder benommen zu sein pflegt während und kurz nach dem Athemstillstand. Die allgemein gangbare Erklärung der Cheyne-Stokes'schen Respirationsform durch hochgradige Herabsetzung der Erregbarkeit des Respirationscentrums scheint nicht nur entbehrlich, sondern ist für die meisten klinischen Bilder nicht einleuchtend; dagegen spricht das Ausbleiben der Erscheinung bei progressiver Lähmung der Hirnganglien bei Erschöpfung, bei der Agonie, dagegen auch der auffällig negative Befund bei Erkrankungen der Hirntheile, die die Athemcentra enthalten. Es scheint somit Dr. Amburger, dass die Cheyne-Stokes'sche Athemform so wie alle verwandten Arten periodischen Athemstillstandes als Functionsstörung durch Anomalie der Blutreize und durch die jetzigen Kenntnisse über den Sitz der Athemcentra genügende Erklärung finden können.

Dr. Moritz ist nicht der Ansicht, dass der O-mangel allein zur Entstehung des Cheyne-Stokes'schen Phänomens genüge. So könnten bei dem Lufthunger der Cardialgischen eigentlich keine Athempausen wahrgenommen werden; desgleichen finde man bei Zuständen, welche direct Hypercarbonisation des Blutes veranlassen, wie Herzfehler etc., und wo die Patienten oft hochgradig cyanotisch sind, dies Phänomen nicht. Dagegen spräche Vieles für eine directe Einwirkung auf die Hirncentra: so das häufige Vorkommen des Cheyne-Stokes'schen Phänomens bei Apoplektikern; sogar in Fällen, wo die Apoplexie in 12 Stunden zum Tode führte, war dies Phänomen anfangs auch vorhanden, schwand jedoch stets vor dem Tode.

Dr. Assmuth hat 3 Fälle von Cheyne-Stokes'schen Respirationsphänomen vom Anbeginn desselben bis zum Tode der Patienten beobachtet, in welchen keine Hirnerkrankung vorlag. Ein Fall betraf einen Leberkrebs, ein anderer ein Epitheliom der Harnblase. In letzterem Falle traten etwa 2½ Wochen vor dem Tode längere Athempausen ein, die erst nach einigen Tagen zu ausgesprochenem Cheyne-Stokes-schem Athmen übergingen. Letzteres dauerte etwa eine Woche und ging dann auf einen Tag in rhytmische einmalige sehr tiefe Inspirationen über ohne anschwellende und abschwellende Inspiration, dauerte also gleichfalls nicht bis zum Tode.

Dr. Kernig hat in Gemeinschaft mit Dr. v. Lingen eine herzkranke Dame in Beobachtung, die an heftiger Dyspnoe leidet und eine Woche lang auch deutlich ausgesprochenes Cheyne-Stokes'sches Athmen darbot, welches jedoch jetzt bei Weiterbestehen der Dyspnoe seit mehreren Monaten geschwunden ist. Dabei kann das Bewusstsein vollkommen erhalten bleiben, wie in diesem Falle. Diese Erscheinung trat hauptsächlich hervor, wenn Patientin behufs Auscultation aufgesetzt wurde. Andeutungen von Hydrops und Leberschwellung, die früher bestanden hatten, sind jetzt gleichfalls geschwunden. Dr. K. ist der Ansicht, dass bei Herzkranken das Cheyne-Stokes'sche Phänomen nicht selten, gewöhnlich aber ein Vorbote des bald eintretenden Todes sei.

Dr. Moritz kann nur einen quantitativen Unterschied zwischen dem Cheyne-Stokes'schen Respirationsphänomen und der gewöhnlichen Dyspnoe der Herzkranken constatiren; jedenfalls gäbe es viele Uebergangsstufen zwischen der gewöhnlichen Dyspnoe und dem besprochenen Phänomen und hat er letzteres noch vor Kurzem bei einem 4 wöchentlichen Kinde gesehen, welches an Schnupfen und Bronchialkatarrh litt, dabei asphyktisch wurde, worauf sich dann nach einer Athempause eine Reihe von tieferen Athemzügen einstellte, denen wieder eine Athempause folgte. Allmählig, etwa nach 24-stündigem Verlaufe, ging dieser Zustand wieder in den normalen über.

Dr. Amburger spricht sich gleichfalls dahin aus, dass dieses Phänomen nichts so Appartes sei, sondern Uebergänge bis zur gewöhnlichen Dyspnoe vorkämen. Auch könne man nicht sagen, dass dasselbe einer bestimmten Kategorie von Erkrankungen eigenthümlich sei, etwa Hirn- oder Herzkrankheiten allein, sondern müsse eine gemeinsame Ursache finden, als welche er Anomalie der Blutreize und Mangel des Bewusstseins anspricht.

Dr. Assmuth bestätigt Letzteres, indem das Phänomen bei Herzkranken hauptsächlich dann auftreten soll, wenn dieselben sich bei halbem Bewusstsein befinden, z. B. infolge von Morphinismus.

2. Dr. Moritz theilt einen im deutschen Alexander-Hospital für Männer durch Trepanation geheilten Fall von Eigrossem Gehirnabscess im linken Temporallappen mit, wobei die fast ganz erloschene Sprech- und Schreibfähigkeit sich im Laufe der Zeit bedeutend gebessert hat. (Der Fall wird in extenso veröffentlicht werden).

3. Dr. Schröder theilt folgenden seltenen Fall von gehemmter Leitung im Centralnervensystem mit: Es handelt sich um einen Mann von 25 Jahren aus der besten Gesellschaft, welcher sein Officiersexamen bestanden hat, tüchtiger Tänzer und Reiter

ist, ein vollkommen scharfes Sehen und gleiche Farbenempfindung besitzt, keinen Gesichtsfelddefect darbietet und auch keine Augenschwäche aufweist, mit einem Worte körperlich und geistig vollständig normal entwickelt ist. Jedoch schon seit seiner Schulzeit war es sehr schwer gewesen, ihm das Lesen beizubringen. Infolge dessen kann er auch jetzt nur sehr langsam schreiben und lesen und ist z. B. gar nicht im Stande etwas vorzulesen, sondern hat alle seine Kenntnisse nur durch mündlichen Unterricht sich angeeignet. Er ist sonst ein sehr fleissiger Schüler gewesen und auch jetzt noch sehr wissbegierig. Dr. Schröder erklärt sich den Fall durch eine gehemmte Leitung für Schriftzeichen zwischen dem Auge und dem Vorstellungsvermögen, den Ideencentren.

D. z. Director: Dr. v. Lingen.
Secretär: Dr. Jalan de la Croix.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Taube (Leipzig) hat 10% ige Pyoktaninlösung mit sehr günstigen Erfolgen gegen Diphtherie, Soor und Tonsillitis angewandt. Bakteriologisch ergab sich der interessante Befund, dass die Bacillen durch das Pyoktanin nicht zum Absterben gebracht werden; seine günstige Wirkung besteht darin, dass es das gesunde Gewebe schützt und eine schnellere Abstossung der Membranen bewirkt. Verf. behandelt die Diphtherie folgendermassen: das Kind erhält zuerst einen Theelöffel Natron bicarbonic. in einen Esslöffel Wasser eingerührt, fünf Minuten darauf werden der Zungengrund, die Tonsillen und Rachenwand tüchtig mit 10% iger Pyoktaninlösung gepinselt. Gewöhnlich tritt dabei eine starke Würgbewegung ein, welche günstig ist, da dadurch das Mittel in die Tiefe der Tonsillen eindringt. Die Pinselung wird 2 mal täglich ausgeführt, später nur einmal täglich. Bei septischen Scharlachdiphtherien werden die Pinselungen häufiger verordnet. Die Resultate dieser Behandlungsmethode waren sehr erfreuliche.
(Deutsche medic. Wochsch. Nr. 38).

— Macpherson stellte in der med. chir. Gesellschaft zu Edinburgh am 2. März eine Patientin vor, der mit gutem Erfolg die Implantation der Thyroidea eines Schafes wegen Myxoedem gemacht worden war. Sie wurde im J. 1890 ins Hospital aufgenommen mit Myxoedem: war melancholisch und stumpf; sehr blutarm; hatte Menorrhagie, subnormale Temperatur (36,1 C.) und herabgesetzte Urinsecretion (29 Unzen pro die). Ihr wurde unter jede Mamma ein Stück der unter antiseptischen Cautelen einem eben geschlachteten Schafe entnommenen Thyroidea implantirt; Heilung per secundam. Temperatur stieg auf 37,1; Pat. wurde gesprächig und lebhaft; die Wahnvorstellungen schwanden; die Haut wurde glatt und die Urinmenge nahm zu; es schwanden also alle wesentlichen Symptome des Myxoedems. (Medic. Press. 16. März 1892).

— Smith (Detroit) giebt folgende Methode zur Beseitigung der Trichiasis und Distichiasis an: Nach Anlegung des Lidklemmers wird mit dem Baer'schen Messer, wie bei der Jaesche-Arlt'schen Operation, am freien Lidrande incidirt, aber zwischen den normalen und den deviirten Cilien und die Spaltung des Hautlappens vom Knorpel bis zu den Wurzeln der Cilien hinauf fortgesetzt. Nach Stillung der Blutung werden die (den deviirten Cilien angehörigen) auf dem Knorpel zurückgebliebenen Haarbälge durch leichtes Berühren mit dem Thermokauter zerstört. Sind einige deviirte Cilien am Hautlappen geblieben, so werden ihre Wurzeln in gleicher Weise zerstört. Sublimatverband. Nach 24 Stunden fallen die cauterisirten Cilien aus oder werden leicht ausgezogen. Heilung oft per primam. Die Tarsaldrüsen sind zu schonen.
(The Satellite. October 1892).

— Professor Schulz empfiehlt in der «Deutschen medic. Wochenschr. Nr. 36 2 Mittel gegen Cholera: 1, Veratrin. Dieses Alkaloid ist bereits von Markbreiter 1856 mit gutem Erfolge angewandt worden und zwar in der Form von: Tinct. veratri gutt. unam, Aquae destillat 30,0 ½—1 stündlich einen Kaffelöffel voll. Bloedan (1884) verordnete Veratrini 0,005, Spir. dilut. Aquae destillat āā 50,0 ½ stündlich 1 Esslöffel. Das Mittel ist nach Schulz namentlich in den Anfangsstadien der Cholera indicirt, wo starkes Erbrechen, Durchfälle und Muskelkrämpfe bestehen. 2. Arsen. Bereits 1890—1891 wurde das arsenigsaure Kupfer von Schulz gegen hartnäckige Diarrhoe empfohlen. Die Verbindung ist jedoch schwer löslich. Verf. schlägt daher folgende Formel vor. Acidi arsenicosi 0,0005, Aq. destillat. 200,0 theelöffelweise oder Solutionis Fowleri 0,05 : 200,0 theelöffelweise.

Vermischtes.

— Der V. Congress russischer Aerzte, welcher im Mai 1893 gleichzeitig mit der hygienischen Ausstellung stattfinden sollte, ist auf den December 1893 verschoben worden Das Organisationscomité des Congresses hatte zwar anfangs beschlossen, in Anbetracht der Befürchtung des Wiederauftauchens der Cholera im Frühjahr 1893, den Congress im December dieses Jahres zu berufen, sah sich aber genöthigt, diesen Beschluss abzuändern, da die Mehrzahl der Sections-Leiter es für unmöglich erklärte, in zwei Monaten die nöthigen Vorbereitungen treffen zu können.

— Vom Medicinaldepartement wird bekannt gemacht, dass der Minister des Innern es für zweckentsprechend erachtet habe, behufs Prüfung der in verschiedenen Gegenden des Reichs gegen die Choleraepidemie getroffenen Maassregeln und Feststellung eines zweckmässigen Planes zur Bekämpfung der im Frühjahr etwa wieder auftauchenden Seuche, zum 13. December d. J. einen Congress von Aerzten aus den von der Cholera heimgesuchten Gouvernements einzuberufen. Es sollen nach Auswahl der höhern örtlichen Administration aus jedem von der Cholera ergriffenem Gouvernement 1 oder 2 Aerzte, welche während der Epidemie thätig gewesen und auch mit den örtlichen Bedingungen und Bedürfnissen vertraut sind, zum Congress nach St. Petersburg delegirt werden. Die abdelegirten Aerzte erhalten während ihres Aufenthalts in St. Petersburg, der auf 5—7 Tage bemessen ist, 5 Rbl täglich Diäten und das Recht zu freier Fahrt auf den Eisenbahnen nach Petersburg und zurück. Das Programm für die Arbeiten des Congresses ist im Regierungsanzeiger bereits veröffentlicht worden.

Gleichzeitig ersucht das Medicinaldepartement diejenigen Aerzte, welche über Beobachtungen und Materialien bezüglich der letzten Choleraepidemie verfügen, solche, in welcher Form es auch sein möge, baldmöglichst dem Medicinaldepartement zukommen zu lassen, und zwar auf den Namen des Directors des Medicinaldepartements.

— Zum Präsidenten der Gesellschaft Kiew'scher Aerzte ist der Professor der pathol. Anatomie, Dr. G. Münch, gewählt worden.

Am 24. November vollenden sich 40 Jahre der ärztlichen und wissenschaftlichen Thätigkeit des Professors der Chirurgie an der Moskauer Universität, Dr. J. Nowazki. N. ist zugleich Oberarzt des Moskauer Catharinen-Hospitals, in welchem er die chirurgische Klinik leitet.

— Am 22. November wird in Jalta das 25jährige Jubiläum der Thätigkeit des bekannten Arztes Dr. W. N. Dmitrijew an diesem Orte festlich begangen werden. Dr. Dmitrijew hat sich grosse Verdienste um diesen wichtigen Curort Russlands erworben und viel zur Hebung desselben beigetragen. Seit einer Reihe von Jahren hat derselbe dort nicht allein als Arzt gewirkt, sondern nebenbei auch die Functionen eines Präsidenten der Sanitätscommission, der Jaltaschen Abtheilung der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit, des Friedensrichterplenums, eines Dumadeputirten u. s. w. ausgeübt. Zur Kenntniss des Curorts hat er durch zahlreiche Schriften, wie «Die Traubencur in Jalta» (3 Auflagen); «Die Badecur in Jalta»; «Die klimatischen Bedingungen des Südufers der Krim» und andere beigetragen. Dr. Dmitrijew steht gegenwärtig im 53. Lebensjahre.

— Verstorben: 1) Am 4. November in Moskau der Professor emeritus der dortigen Universität, Dr. M. P. Mansurow, welcher seit 30 Jahren an derselben den Lehrstuhl für Hautkrankheiten und Syphilis bekleidete. Nach Absolvirung des Cursus an der Moskauer Universität hielt sich M. 2 Jahre behufs weiterer Vervollkommnung im Auslande auf und wurde nach seiner Rückkehr in die Heimath als Ordinator der syphilitischen Abtheilung des Arbeiterhospitals in Moskau angestellt. Im Jahre 1863 habilitirte er sich als Privat- Docent an der Moskauer Universität, wurde 1884 zum Docenten, bald darauf zum ausserordentlichen Professor und im Anfang d. J. zum ordentlichen Professor ernannt. Der Hingeschiedene ist auch vielfach literärisch thätig gewesen. 2) Am 28. October in Moskau der Consultant der dortigen Anstalten der Kaisern Maria, wirkl. Staatsrath Dr. Münder. 3) In St. Petersburg am 30. October der Polizei- und Sanitätsarzt von Wassili-Ostrow, W. J. Fedotow, im 59. Lebensjahre. 4) Der Oberarzt des Kaschira'schen Inf. Reg., S. D. Ablezow, im Alter von 43 Jahren. 5) Am 7. November in Batum der Stadtarzt und Oberarzt des dortigen städtischen Hospitals Dr. Theodor Scheffer. Die Beerdigungskosten hat die Stadt übernommen. 6) In Brüssel der Professor der Kinderheilkunde an der dortigen Universität, Dr. Henriette 7) In Kopenhagen am 22. November n. St. der bekannte Chirurg Prof. Axel Iversen.

— Unser Landsmann, der Professor der Pharmakologie Dr. Woldemar v. Schröder in Heidelberg, ist auf der in der vorigen Woche abgehaltenen Festsitzung der Münchener Akademie der Wissenschaften zum correspondirenden Mitgliede dieser Akademie gewählt worden.

— Der bekannte Leipziger Zoolog, Prof. Dr. Rudolf Leuckart, welchem die Wissenschaft unter Anderem auch werthvolle Beiträge zur Lehre der Parasiten der Menschen und der Thiere verdankt, ist von der Kasan'sch'en Universität zum Ehrenmitgliede gewählt worden.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 47 St. Petersburg, 21. November (3. December) **1892**

Castration eines durch Torsion nekrotischen Leistenhodens.

Von

Dr. E. Anders.

Sicher beobachtete Fälle von Hodentorsion gehören zu den grössten Seltenheiten.

In Nr. 25 der deutschen medicinischen Wochenschrift theilt uns Dr. Edward v. Meyer einen Fall von Torsion des Samenstranges mit Erhaltung des zurückgedrehten Hodens aus der Heidelberger chirurgischen Universitätsklinik mit. Im 31. Bande des Langenbeck'schen Archivs beschreibt Nicoladoni 2 Fälle, in denen es sich bei einem Leisten- und einem Scrotalhoden um Drehungen von 180° und 360° handelte. Bei der mehrere Tage bestehenden Torsion wurde in beiden Fällen die Castration des gangränösen Hodens ausgeführt. Ein 4. Fall wurde von Dr. Cahen aus der Greifswalder Klinik im 30. Bande der deutschen Zeitschrift für Chirurgie berichtet; bei den bestehenden Incarcerationserscheinungen am 7. Tage wird incidirt, ein spiralig aufgewundener Samenstrang mit daran hängendem nekrotischem Hoden gefunden und castrirt. Der Verlauf in allen 4 angeführten Fällen war ein günstiger. Diesem 4. Falle füge ich in Folgendem einen 5. hinzu:

Am 10. Februar 1892 wurde ich zu einem 13jährigen Knaben angeblich wegen incarcerirter Hernie gerufen. In der That stellte sich eine pralle Geschwulst in der linken Inguinalgegend dar, die als incarcerirte Hernie auf den ersten Blick imponiren konnte. Ich unterliess Repositionsversuche und ordnete die Ueberführung des schwer leidenden Knaben ins Alexander-Männerhospital an, um dort das Weitere zu entscheiden. Auch in der Narkose wurden Repositionsversuche unterlassen, da linksseitiger Kryptorchismus zu constatiren war und somit an einen incarcerirten Hoden gedacht werden musste. Ich schritt sogleich zur Operation. Nach einem über die Leistengeschwulst gemachten Hautschnitte präsentirt sich sehr bald eine mit Flüssigkeit gefüllte längliche, einer Fischblase nicht unähnliche Geschwulst von 8—10 Ctm. Länge, in der Richtung des Leistenkanals. Beim weiteren Freilegen der Geschwulst lässt sich dieselbe breitstielig in einen rigiden Ring sich fortsetzend verfolgen. Beim Umtasten des genannten Ringes konnte das Heraussickern klarer Flüssigkeit aus der Geschwulst constatirt werden. Dieselbe für Bruchwasser zu halten war nach dem Mitgetheilten kaum möglich. Es durfte nicht mehr gezweifelt werden, dass es sich um Hydrocelen-Flüssigkeit handelte. Ich discidirte die Geschwulst. Nun präsentirte sich in der Tiefe des Sackes eine hämorrhagisch gestaute Geschwulst, kirschroth bis bläulich schwarz, die, wie die Palpation ergab, aus dem Leistenringe nur zum Theil hervorsah und von demselben fest umklammert wurde. Das bisher Mitgetheilte nicht im Auge habend, hätte dem Bilde nach an einen gangränös incarcerirten Darm gedacht werden können. Nach Incision in den Leistenring lässt sich der gangränescirende Hoden und Nebenhoden entwickeln. Zugleich bietet sich ein Anblick, der zu den seltensten Vorkommnissen gehört: Der torquirte, jetzt aus seiner Einklemmung befreite Testikel dreht sich spontan los und macht eine fast selbständige 1½ malige Umdrehung. Es handelte sich somit um Torsion eines Leistenhodens. In dem Zustande, in welchem sich der torquirte Hoden und Nebenhoden befanden, konnte derselbe nur entfernt werden, was auch geschah. Ich exstirpirte ferner die durch Hydrocelenflüssigkeit ausgedehnte tunica vag. propr. und schloss die Wunde durch tiefe und oberflächliche Nähte. Aus der Narkose erwacht, war Patient schmerzfrei. Auch traten fernerhin keine Beschwerden irgend welcher Art auf. Der Verlauf war prima intentio und afebril. Von Interesse ist noch, dass Patient wegen der präsumirten Hernie 5 Jahre lang ein Bruchband getragen hatte, an welches er sich schliesslich so gewöhnt, dass er sich von demselben bis zum Beginn der Operation nicht trennen wollte.

Greifen wir etwas zurück, so finden wir mehrfach Mittheilungen ähnlicher Falle, in welchen ein aetiologisches Moment nicht eruirt wurde.

Miflet's experimentelle Studien an Hunden über Hodennekrose, mit Nachweis von Infarcirung und Nekrotisirung der Testikel, gingen dahin, für die ursächlichen Momente Anhaltspunkte zu gewinnen. Der Art. spermatica wird die Bedeutung einer Endarterie im Cohnheim'schen Sinne zugeschrieben, die Infarcirung auf embolischem Wege oder durch pathologische Processe angenommen.

Kocher beschränkt diese Auffassung auf den Hundehoden und fasst die Art. deferentialis vorherrschend als Vermittlerin des Kreislaufes auf. Hieran schliessen sich klinische Beobachtungen.

In einem Volkmann'schen Falle kam es bei einem 15 jährigen Knaben zur spontanen Ausstossung des gangränösen Hodens; doch blieb ein causales Moment der Infarcirung dunkel. In einem andern analogen Falle auf derselben Klinik wurde Quetschthrombose oder Abreissung der Art. spermat. interna angenommen. Auf der Mass'-schen Klinik wird an einem nekrotischen Hoden eine Thrombose der Art. sperm. int. an der Theilungsstelle am Corpus Highmori constatirt (Niemann).

In den 3 letzten angeführten Fällen war der Nebenhoden intact. Scarenzio exstirpirte einen violet verfärbten Leistenhoden, der die Erscheinungen der Incarceration bot, wonach rasche Heilung erfolgte. Schwankte man vielfach in der Auffassung solcher und ähnlicher Fälle, so ist sicherlich durch die Nicoladoni'schen Mittheilungen für eine Reihe von Fällen, für welche auch der von mir operirte Fall beweisend ist, Klarheit gewonnen worden. Nicoladoni findet im Kryptorchismus ein wesentliches ätiologisches Moment für die Torsion des Samenstranges. Hier werde ein Mangel des Mesorchiums, ein Fehlen der knappen Fixation des Hodens durch das zu lange Mesorchium beobachtet. So komme eine abnorme Beweglichkeit des Samenstranges mit dem ansitzenden Hoden zu Stande. Die Torsion werde somit bedingt durch die bestehende oder früher bestanden habende retentio testis.

Nicoladoni und Kocher sehen eine weitere Torsionsmöglichkeit in der Trennung des Gefäss- und Deferensstranges beim Leistenhoden; die verschiedene Insertion derselben gestatte eine ausgiebigere Drehung.

Besonderes Interesse bietet uns der von Meyer mitgetheilte, von Czerny operirte Fall, in welchem es bei einem 18 jährigen jungen Manne nach 24 stündiger Torsion gelang, den geschwollenen hämorrhagisch aussehenden rechten Hoden durch $1^1/_2$ maliges Umdrehen von links nach rechts zu erhalten. Der linke Hoden war atrophisch, um so wesentlicher die Erhaltung des rechten.

Es handelte sich wohl um einen verspäteten Descensus. Allerdings zweifelt der Autor an der Functionsfähigkeit des so erhaltenen Hodens; der Hode sei wohl aseptisch eingeheilt, es kam zur einfachen Nekrobiose, d. h. er wurde in eine vascularisirte Narbe verwandelt, die voraussichtlich kein functionsfähiges Drüsengewebe enthält. Ob Gefässlumina wieder nach der Aufdrehung durchgängig geworden, ob überhaupt schon Thrombosirungen erfolgt waren, ist nicht zu bestimmen. Offenbar ist der Hoden narbig geschrumpft und wieder vascularisirt worden.

Wir haben hier also einen Beweis am Menschen zu dem bekannten Thierexperiment von Chauveau, welcher bei subcutaner Torsion des Samenstranges bei Widdern nur dann Gangrän eintreten sah, wenn er Fäulnisskeime in's Blut brachte, während im entgegengesetzten Falle Nekrobiose eintrat.

Aus dem Mitgetheilten geht mit dringender Klarheit hervor, wie rasch wir in solchen Fällen einzugreifen haben, wie wir erhaltend, bei frühzeitigem Verfahren unter günstigen Bedingungen vielleicht vollkommen restituirend im Stande sind vorzugehen. Leider war in meinem Falle an ein Conserviren bei schon entwickelter Nekrose nicht zu denken. Die Incarcerationssymptome hatten seit 3 Tagen bestanden, auch musste angenommen werden, dass sich die Torsion nicht plötzlich vollzogen hatte, da schon kurze Zeit früher Schmerzhaftigkeit bestand. Indessen vollzieht sich ein verspäteter Descensus in vielen Fällen vollkommen glücklich, oft aber unter allen möglichen Leiden und Beschwerden. So hatte ich im verflossenen Jahre Gelegenheit einen 10 jährigen Knaben zu beobachten, der wiederholt an heftigen Schmerzen in seinem linken Leistenhoden litt. Die Beschwerden hatten einmal einen Grad erreicht, welcher eine Incision nahelegte. Sie gaben sich indessen und der Hoden war in Jahresfrist zwar hochstehend, aber im scrotum nachweisbar. Sicherlich spricht aber der Fall aus der Heidelberger Klinik dafür, die Indication für eine frühzeitige Incision möglichst zu erweitern, da der Eingriff in keiner Weise zu scheuen sein dürfte. Wir würden durch eine solche sicher häufig genug Gelegenheit haben, durch passende Umlagerung des Hodens bleibenden Nutzen zu bringen. Da es sich in einer Reihe von Fällen, vielleicht in einer grösseren Zahl als wir eben bei den wenigen vorliegenden Beobachtungen vermuthen, bei incarcerirten Leistenhoden um Torsion des Samenstranges handelt, wird es in manchen Fällen gelingen, den zurechtgedrehten Testikel in das Scrotum zu legen. Dass dieses häufig nicht gelingt, sagt uns die Erfahrung. Das letzte wozu aber dann zu greifen wäre, ist die Reposition in die Bauchhöhle. Bei dem zweifelhaften Schicksal des schon gestauten Hodens ist dieselbe verwerflich. Der Meyer'sche Fall giebt uns nun weiter eine Beobachtung an die Hand, welche geeignet ist, eine nothwendig gewordene Entfernung eines Hodens um so weniger zu scheuen, als in seinem mitgetheilten Falle der linke bei dem Bestehen eines verspäteten Descensus bisher atrophische Hoden nach Ablauf eines viertel Jahres als hypertrophisch constatirt wurde, ein Verhalten mit dem die Experimente Ribbert's correspondiren, der nachgewiesen hat, dass eine compensatorische Hypertrophie der Geschlechtsdrüsen bei Fehlen oder Atrophie des einen Organes vorkommt, und dass dieselbe auf hyperplastische Vorgänge zurückzuführen ist. Ein etwas eigenthümliches Verhalten meines Falles besteht in dem Umstande, dass der nekrotische Hoden in einem prallgefüllten Hydrocelensack gelagert war, und eine so intensive Torsion erfahren hatte, dass er sich, aus seiner Einklemmung gelöst, selbständig losdrehte. Wie weit dabei das Tragen eines Bruchbandes zu beschuldigen ist, bleibt dahingestellt.

Polizeiärztliche Untersuchungen über das Vorkommen von Gonokokken im weiblichen Genitalsecret.

Von

Dr. med. H. Büttner

in Dorpat.

Nach den Arbeiten von Neisser, Bumm, Bockhart, Welander u. A. wird der Gonococcus — Neisser heute wohl allgemein als der specifische Infectionsträger der Gonorrhoe angesehen werden. Während vor Kenntniss desselben die Diagnose einer Genitalgonorrhoe sich lediglich auf den makroskopischen Befund an den Genitalien stützte und eine Gonorrhoe nur bei mehr weniger ausgesprochenem Symptomenbilde erkannt werden konnte, ist uns heute in der mikroskopischen Untersuchung des betreffenden Genitalsecrets auf Gonokokken ein sicheres und ausschlaggebendes Mittel für die Diagnose geboten. Der eminente Werth und die Wichtigkeit der mikroskopischen Untersuchung der Genitalsecrete, namentlich bei der ärztlichen Controlle der Prostituirten, wird uns am deutlichsten durch die von Neisser im Jahre 1890 in der deutschen medicinischen Wochenschrift pag. 834 veröffentlichte Abhandlung «Ueber die Mängel der zur Zeit üblichen Prostituirtenuntersuchung» dargelegt. Ich will daher, bevor ich zu meinen eigenen Untersuchungen übergehe, den Inhalt derselben kurz referiren.

Nachdem von Steinschneider in der Neisser'schen Klinik durch die mikroskopische Untersuchung der Urethral- und Cervical-Uterinsecrete eine beträchtliche Anzahl von Gonorrhoen an Personen aufgedeckt wurde, die wegen Syphilis, Ulcus molle etc. behandelt wurden,

ohne dass gegen sie ein directer Verdacht auf Gonorrhoe vorlag, war es festgestellt worden, dass die Gonorrhoe bei Prostituirten viel häufiger vorkommt, als man bis dahin vermuthete. Deshalb unternahm Neisser mit seinen Assistenten im Januar 1888 und im Februar 1889 eine ausführliche Untersuchung aller bei der Controlle erscheinenden Puellae publicae und zwar derart, dass von jeder Untersuchten mehrmals das Urethral- und Cervicalsecret mit einem langen, etwas abgestumpften Volkmann'schen Löffel von der Schleimhaut abgekratzt und mikroskopisch untersucht wurde. Die Zahl der dabei constatirten Gonorrhöen entsprach den gehegten Erwartungen. Das heisst im Januar 1888 wurden 527 Puellae publicae auf die Art untersucht und fanden sich unter ihnen 216 Personen=40,9 pCt. in deren Genitalsecret zweifellos oder höchst wahrscheinlich Gonokokken vorhanden waren. Unter diesen 216 Personen hatte nur bei 22 ein eitriges Secret den Verdacht einer Gonorrhoe erweckt. Von den 216 Prostituirten wurden 126 zur genaueren Beobachtung und Behandlung im Hospital aufgenommen und bei diesen fanden sich Gonokokken in grösserer oder geringerer Menge:

49 Mal im Urethralsecret
43 » » Cervicalsecret
34 » » Urethral- und Cervicalsecret.

Bei der im Februar 1889 wiederholten Untersuchung wurde nur das Urethralsecret unter das Mikroskop gebracht und fanden sich unter 579 Untersuchten 110 mit Gonokokken behaftete=19 pCt. Wäre auch das Cervicalsecret untersucht worden, so wäre die Zahl der Gonorrhöen offenbar eine weit grössere gewesen.

Im Anschluss an diese Mittheilung bespricht Neisser die Schwierigkeit, eine derartige Untersuchung praktisch durchzuführen und kommt zum Schlusse: «Diese Schwierigkeit löst sich auf in eine einfache Geldfrage, welche die nothwendige Vermehrung der (mit der mikroskodischen Untersuchung betrauten) Aerzte mit sich bringt, ein Opfer, das so sichtbarem Nutzen gegenüber kaum von einer Commune verweigert werden dürfte». Zur weiteren Begründung führt Neisser die seit dem Mai 1889 fortgesetzten mikroskopischen Secretuntersuchungen an den Puellis publicis Breslaus an. Dabei wurden täglich wenigstens 10—15 Prostituirte derselben unterworfen, so dass jede etwa 6—8 Mal im Jahre an die Reihe kommt. Nachdem nun fortan ins Breslauer Krankenhaus nicht nur solche Prostituirte aufgenommen wurden, bei denen eine venerische Krankheit schon makroskopisch zu diagnosticiren war, sondern auch solche internirt wurden, bei denen die Gonorrhoe lediglich durch die bakterioskopische Diagnose festgestellt wurde, stieg die Gesammtzahl der daselbst behandelten Prostituirten sehr bedeutend an. Während in den Monaten Mai, Juni und Juli 1886 die Zahl der ins Krankenhaus aufgenommenen Puellae publicae 69, 1887: 85, 1888: 66 betrug, stieg sie im Jahre 1889 auf 118: die Zahl der behandelten Gonorrhöen stieg dabei von 9 (=13 pCt. aller aufgenommenen Prostituirten), resp. 10 (=18 pCt.), resp 11 (=16,9 pCt.), auf 51 (=43 pCt.) an.

Angeregt durch Herrn Prof. Dr. K. Dehio unternahm ich es im Februar 1892 durch ein ähnliches Vorgehen die Häufigkeit der Gonorrhoe bei den Prostituirten Dorpats festzustellen*). Leider stand mir nur ein sehr kleines Material zur Verfügung, so dass ich im Laufe des Februar, März und April nur 54 Prostituirte untersuchen konnte und kann daher meinen Resultaten nicht eine derartige Bedeutung zukommen, wie den in Breslau gewonnenen. Ich musste mich mit der Untersuchung derjenigen Prostituirten begnügen, welche sich zweimal wöchentlich im Dorpater Bezirkshospital zur ärztlichen Controlle einzustellen hatten; die Zahl derselben war an und für sich schon eine geringe, zudem erschienen sie noch sehr unregelmässig, so dass ich nur 32 derselben habe untersuchen können. Weiteres Material boten mir 22 während der genannten Monate im Hospital internirte und wegen irgendwelcher Krankheiten behandelte Puellae publicae. Bei diesen letzteren war nur in 6 Fällen makroskopisch eine Gonorrhoe diagnosticirt worden, so dass bei den übrigen 16 die Wahrscheinlichkeit, dass sie mit Gonokokken inficirt seien, dieselbe war, wie bei den nicht im Hospital internirten Prostituirten. Bei den im Hospital befindlichen Puellis publicis habe ich meist sowohl das Urethral- wie auch Cervical- und Vaginalsecret untersucht. Zur Erlangung des Cervicalsecrets reinigte ich den betreffenden Puellis zunächst gründlich die Vagina, legte darauf einen Wattetampon vor den äusseren Muttermund und liess ihn daselbst bis zu 24 Stunden liegen. Nach Ablauf dieser Zeit hatte sich dann meist auf dem Tampon ein zur mikroskopischen Untersuchung genügend grosser Tropfen aus dem Cervicalkanal stammenden Secrets angesammelt. Zugleich konnte ich vor Entfernung des Tampons reinen, nicht mit Cervicalsecret vermischten Vaginalschleim erhalten. Wenn ich diese Vorsichtsmaassregel beobachtet hatte, konnte ich im Vaginalsecret niemals Gonokokken finden, eine Thatsache, die schon vielfach von Anderen betont worden ist und die man zum Theil durch die saure Reaction des Vaginalschleimes, zum Theil durch die Structur der Vaginalschleimhaut zu erklären versucht hat. Bei den Prostituirten, welche sich nur ambulant zur Untersuchung einstellten, habe ich mich meistens mit der Untersuchung des Urethralsecrets begnügen müssen. Das zu untersuchende Secret entnahm ich mit einem stumpfen Löffelchen, das ich sowohl für die Urethra, wie für die Cervix benutzen konnte.

In der ersten Zeit färbte ich meist mit Methylenblau, dabei machte ich stets Controllfärbungen nach der Gram'schen Methode. In einer filtrirten wässrigen Lösung von Methylenblau (1:50) verblieben die Deckglaspräparate bis zu 20 Minuten, worauf sie in Wasser abgespült, getrocknet und mit Canadabalsam aufgedeckt wurden. Bei der Färbung nach Gram blieben die Präparate 25—30 Minuten in einer Anilin-Gentianaviolettlösung, darauf wurden sie in Wasser abgespült, 5 Minuten einer Jod-Jodkaliumlösung (Jodi 0,5. Kal.-jodat. 1,0. Aq. dest. 150,0) ausgesetzt und sodann in Alkohol so lange entfärbt, bis die vom Glase abtropfende Flüssigkeit keine bläuliche Färbung mehr zeigte. Darauf wurde wieder mit Wasser abgespült, getrocknet und schliesslich mit Bismarckbraun übergefärbt. In so behandelten Präparaten haben die Gonokokken die blaue Farbe verloren und die braune Tinction der Gegenfärbung angenommen, — ein Verhalten, durch welches sie sich von fast allen anderen im weiblichen Genitalsecret vorkommenden Mikroorganismen unterscheiden. Später färbte ich vorzugsweise mit einer dünnen wässrigen Methylviolettlösung, in der die Deckglaspräparate etwa 2—3 Minuten verblieben, worauf sie auf einige Secunden in eine ½%ige Essigsäurelösung kamen und schnell mit Wasser abgespült wurden. Die letztere Methode scheint mir zur Massenfärbung sehr geeignet zu sein, da nach ihr schnell gefärbt werden konnte und nur selten Ueberfärbung eintrat. Die auf diese Weise gewonnenen mikroskopischen Bilder waren gut. Die Gonokokken waren etwas stärker gefärbt als die Zellkerne, traten daher sehr deutlich hervor und liessen ihre eigenartige Form und Anordnung sehr gut erkennen.

Die einfache Färbung mit Methylenblau oder Methylviolett genügte mir wohl in den meisten Fällen, trotzdem habe ich zugleich die Gram'sche Methode der Entfärbung mit nachheriger Ueberfärbung angewandt, weil, wie Steinschneider gezeigt hat, dieselbe die Gonokokken mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 zu 5 von allen

*) cf. meine Inauguraldissertation, die denselben Titel trägt, wie diese Arbeit. Dorpat 1892.

übrigen in den weiblichen Genitalien vorkommenden Mikrokokken unterscheiden lässt und daher sehr wohl in zweifelhaften Fällen zur Differential-Diagnose verwandt werden kann.

In den 6 Fällen makroskopisch diagnosticirter Gonorrhoe habe ich stets Gonokokken in grosser Menge finden können; sehe ich von diesen ab, so fand ich bei den übrigen 16 im Hospital internirten Puellis in 11 Fällen Gonokokken = 68 pCt. und zwar 6 mal sowohl im Urethral- wie Cervicalsecret, 4 mal nur im Urethralsecret und 1 mal nur im Cervicalsecret. Unter den ambulanten Prostituirten fand ich bei 9 Gonokokken = 28 pCt., darunter zweimal nicht nur im Urethral- sondern auch im Cervicalsecret. Für alle 54 untersuchten Prostituirten würde das einen Procentsatz von 48 pCt. gonorrhoisch Inficirter ergeben, eine Zahl, die gewiss nicht zu hoch gegriffen ist, da ich bei 13 von diesen Prostituirten nur einmal habe untersuchen können, während es mir häufig genug vorgekommen ist, dass ich die Gonokokken nicht bei meiner ersten, sondern erst bei der 2. oder 3. Untersuchung gefunden habe. Auffallend ist die Thatsache, dass ich bei den im Hospital befindlichen Prostituirten, von den wegen Gonorrhoe behandelten natürlich abgesehen, viel häufiger Gonokokken gefunden habe, als bei den nicht internirten. Vielleicht dürfte sich dieses durch folgenden Umstand erklären lassen; die im Hospital internirten Puellae publicae waren im Allgemeinen jünger als die ambulant Untersuchten; während die ersteren ein Durchschnittsalter von 20 Jahren aufwiesen, betrug das der letzteren etwa 26 Jahre. Es ist ja bekannt, dass die venerischen Krankheiten bei den Neulingen unter den Prostituirten viel häufiger sind, als bei den älteren, dieses mag auch für die Gonorrhoe gelten. Es ist aber auch denkbar, dass, da die Gonokokken im Trippersecret desto seltener werden, je länger die Erkrankung besteht, schliesslich bei solchen Erkrankungen, welche viele Jahre unbehandelt fortbestanden haben, der Nachweis der Gonokokken nur noch ausnahmsweise gelingt. Doch kann, wie ich zugeben muss, bei der geringen Zahl der von mir Untersuchten auch der Zufall mitgespielt haben.

Als Resultat meiner Arbeit nehme ich an, dass meine Untersuchung, wenn sie auch nur einen kleinen Theil der in Dorpat vorhandenen Prostituirten umfasst, doch mit grosser Wahrscheinlichkeit auf die gesammte Menge der Dorpater Prostituirten verallgemeinert werden darf, da ich meine Fälle unterschiedslos, wie der Zufall sie mir gab, gesammelt habe. Danach würden also im Minimum 48 pCt. aller Dorpater Prostituirten gonorrhoisch inficirt sein, eine Zahl die gewiss zu denken giebt. Ich möchte daher meine Mittheilung nicht schliessen, ohne auf die Gefahr für die öffentliche Gesundheit, welche in der grossen gonorrhoischen Verseuchtheit der Prostituirten liegt, aufmerksam zu machen. Jedenfalls glaube ich, dass die bis jetzt übliche rein makroskopische Untersuchung der Prostituirten keine genügende Handhabe bietet, um hier Abhilfe zu schaffen. Auf welche Weise durch strengere polizeiärztliche Controlle und ausgiebigere medicinische Behandlung hier eine Aenderung erzielt werden könnte,— das zu erörtern liegt nicht im Rahmen meiner Arbeit.

Referate.

Kohlstock: Ueber subcutane und rectale Anwendung von Abführmitteln. (Charité-Annalen. Bd. XVII).

Der Besitz von zuverlässigen und von Nebenwirkungen freien Abführmitteln, die sich subcutan oder per Rectum dem Körper einverleiben liessen, würde dem Bedürfnisse der ärztlichen Praxis wohl entsprechen, denn sehr häufig hindern profuses Erbrechen oder bestehende Bewusstlosigkeit die Application per os. Verf. hat sich der Mühe unterzogen an einem grossen Krankenmateriale der Senator'schen Klinik folgende 4 Pflanzenstoffe in dieser Beziehung zu prüfen: Aloin (und zwar Barbaloin), Acidum cathartinicum e Senna, Colocynthinum purum (Merck) und Citrullinum (Merck). Die subcutanen Injectionen von Lösungen dieser Stoffe gaben in Bezug auf abführende Wirkung ziemlich befriedigende Resultate, jedoch waren sie äusserst schmerzhaft, so dass sich Verf. bald an die rectale Application der genannten Stoffe wandte. Die Substanzen wurden in Lösung gebracht und mit Hülfe einer 10 ccm. fassenden Spritze in den Mastdarm eingespritzt. Aloin und Cathartinsäure erwiesen sich für leichtere, die beiden anderen Mittel für habituelle Obstipation geeignet. Das Aloin wurde zunächst in einer Glycerinlösung angewandt, später in folgender Form: Aloin 1,0 Formamid 10,0. Eine Dosis von 0,4—0,5 Aloin genügt in allen Fällen leichter Verstopfung, um einen sicheren Erfolg herbeizuführen. Cathartinsäure wirkt in Dosen von 0,6. Sie wurde in folgender Lösung verabfolgt: Acid. Cathartinici e Senna 3,0 Aq. destillat. 7,0 Natri bicarbon. q. s. ad react. alkalin. Für hartnäckigere, langwierige Verstopfung kommt Colocynthin in Dosen von 0,01—0,04 sowie Citrullin in Betracht, welches letztere selbst bei sehr schwerer Obstipation in Dosen von 0,02 kräftige Wirkung entfaltet. Alle diese Mittel rufen im Mastdarm selbst nicht die geringste Reizung hervor, quälende Tenesmen werden gar nicht beobachtet. Der Stuhlgang erfolgt in den meisten Fällen ohne Leibschmerzen. Die Entleerungen sind sehr ergiebig und übertreffen in dieser Hinsicht bedeutend die durch Glycerineinspritzungen erzielten. Die Mittel hinterlassen keine Neigung zur Verstopfung. Bei längerem Gebrauch tritt zwar eine gewisse Gewöhnung ein, indessen genügt dann eine ganz geringe Steigerung der Dosis. Ein Uebelstand liegt nur in dem vorläufig noch sehr hohen Preise der Mittel. Abelmann.

O. Heubner: Ueber die scorbutartige Erkrankung rachitischer Säuglinge. (Barlow'sche Krankheit.) (Jahrb. f. Kindheilk. Bd. 34. Heft 4).

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit der Aerzte auf eine eigenthümliche Erkrankung des Säuglingsalters, welche von recht erheblicher praktischer Wichtigkeit ist — und doch, wie es scheint, nicht genügend bis jetzt berücksichtigt worden, von Vielen sogar nicht gekannt ist. Es handelt sich gewöhnlich um 10—14 monatliche Kinder, die durch künstliche Ernährung aufgezogen sind; sie erkranken an einem eigenthümlichen «Rheumatismus»; es besteht eine ungemeine Schmerzhaftigkeit der Extremitäten gegen jede, auch die sanfteste Berührung. Die Eltern berichten gewöhnlich, dass sie sich kaum mehr die Windeln zu wechseln, geschweige denn zu baden getrauen, denn beim Angreifen der Oberschenkel erhebe das Kind jedesmal das kläglichste Geschrei; es vermeidet selbst jede Bewegung, liege ganz steif im Bette oder halte beide Beine in krampfhafter Beugung; daneben bestehen Schlaflosigkeit, Fieberbewegungen, Schweisse und Appetitlosigkeit. Bei der Untersuchung fällt das Kind durch eine erhebliche Blässe, sogar wachsbleiche Färbung der Haut und schlaffe Muskulatur auf; am Schädel und Thorax rachitische Veränderungen. Man überzeugt sich bald, dass der Hauptsitz der Schmerzen nicht in den Gelenken, sondern an den Knochen sei und mehr noch an der Diaphyse, als an der Epiphyse; man gewahrt dabei eine Anschwellung dieser Theile. In einzelnen Fällen ist schon die Haut angeschwollen, doch kann dieses fehlen, und man fühlt nur in der Tiefe eine ziemlich gleichmässige cylindrische Auftreibung des Oberschenkelknochens und eine diffuse Anschwellung der Tibia. Auch an den oberen Extremitäten, namentlich an den Radien, können ähnliche Anschwellungen beobachtet werden, doch treten hier Schwellung wie Schmerz sehr gegen die der unteren Extremitäten in den Hintergrund. Ein weiteres Symptom ist, dass diejenigen Partien des Zahnfleisches, wo die wenigen vorhandenen Zähne durchgebrochen sind oder wo der Durchbruch sich vorbereitet, hochgradig geschwollen, von schwammiger Consistenz und dunkelblauroth gefärbt sind und bei der Berührung, oft auch schon beim Oeffnen des Mundes, zu bluten anfangen. Von einzelnen Beobachtern werden auch Suffusionen und Blutungen auf der Haut beschrieben, doch sind diese selten anzutreffen; ferner wird eine ödematös-haemorrhagische Anschwellung eines oder beider Augenlider beschrieben. Der eben geschilderte Symptomencomplex ist erst in neuerer Zeit berücksichtigt worden, obgleich schon ältere Autoren ähnliche Symptome beschrieben haben. Namentlich war es Barlow, der die Erkenntniss der Krankheit durch eine Reihe sorgfältiger Beobachtungen und pathologisch-anatomischer Untersuchungen förderte. Er wies nach, dass die oben geschilderten Symptome am Knochensystem durch einen haemorrhagischen Process bedingt sind. Rehn hat in einem Falle durch Probeincision auf die erkrankte Tibia das Bestehen der haemorrhagischen Periostitis nachgewiesen. Das eigentliche Wesen der Krankheit ist noch nicht aufgeklärt; Verf. ist geneigt in dem Leiden eine Mischerkrankung von Scorbut und Rachitis zu erblicken; als aetiologisches Moment führt er eine qualitativ fehlerhafte Ernährung an.

Durch geeignete Verordnungen kann die Barlow'sche Krankheit überraschend schnell zur Heilung gebracht werden; dabei sind Medicamente ganz entbehrlich, es genügt vielmehr eine Regelung der Diät. Die Mehlpräparate und die künstlichen Milchpräparate sind ganz aus der Kost zu entfernen; dafür frische Milch, frisch ausgepresster Fleischsaft (täglich einige Kinderlöffel) mit etwas Malaga- oder Ungarwein, ferner Fruchtsaft (am besten Apfelsinensaft 2—3 Kaffeelöffel täglich oder Apfelmus) und Mittags neben einer Kalbsbrüh- oder Hühnersuppe einige Kaffeelöffel frischen, durch das Sieb geschlagenen, breiförmigen Gemüses (Spinat, Möhrenbrei u. dgl.). Die schmerzhaften Glieder werden in Priessnitz'sche Umschläge gehüllt; wo man in schweren Fällen Epiphysenlösungen oder Fracturen zu fürchten Grund hat, wendet man feste Verbände an. Binnen wenigen Wochen schwinden gewöhnlich alle krankhaften scorbutischen Erscheinungen. Abelmann.

Pott (Halle): Ueber Thymusdrüsenhyperplasie und die dadurch bedingte Lebensgefahr. (Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. XXXIV. Heft 1).

Plötzliche Todesfälle im Kindesalter sind von einigen Aerzten auf Hyperplasie der Thymusdrüse zurückgeführt worden, ohne dass sich damit auch andere Forscher einverstanden erklärt hätten. Auch die bei Stimmritzenkrampf nicht selten beobachteten plötzlichen Todesfälle sind noch nicht ganz aufgeklärt. Pott hat in der Zeit von 1876—1891, 176 Fälle von Spasmus glottidis gesehen; davon starben 18 (fast 10%) und zwar 4 mal unter den Händen des Beobachters. Die Kinder litten an leichten Formen der Rachitis und hatten schon wochenlang meist täglich Anfälle von Stimmritzenkrampf gehabt. Der tödtliche Anfall, der bei allen 4 Kindern in dem Augenblicke eintrat, wo P. den Spatel einführen wollte, wird in seinem Verlauf vom Verf. sehr anschaulich geschildert: plötzlich biegen die Kinder den Kopf nach hinten zurück, machen eine lautlose, nach Luft schnappende Inspirationsbewegung, verdrehen die Augen nach oben. Das Gesicht wird momentan blau und schwillt an. Die Zunge zeigt sich zwischen die Kiefer eingeklemmt, schwillt stark an, ist stark cyanotisch, etwas nach oben umgerollt und fest an den harten Gaumen angepresst. Die Hände werden mit eingeschlagenem Daumen zur Faust geballt, die Finger cyanotisch. Die Wirbelsäule wird im Bogen stark nach hinten gekrümmt. Einige blitzartige Zuckungen der Gesichtsmuskeln und einige vergebliche, schnappende Inspirationsbewegungen erfolgen, aber kein Laut, kein Zischen des Eindringens von Luft durch die Stimmritze wird gehört. Auf einmal löst sich der Krampf, das Gesicht verfärbt sich, wird aschgrau, die Cyanose lässt nach, die Zunge und die Lippen werden livide, und nach höchstens 1—2 Min. ist das Kind eine Leiche. Die Herzthätigkeit hört mit Eintritt des Anfalls sofort auf; weder sind Herztöne zu hören, noch ist der Puls zu fühlen. Auf das Einführen des Fingers in den Mund und auf die Berührung des Kehldeckels resp. der Stimmbänder, erfolgen weder Würgbewegungen, noch Hustenreiz. Ebenso bleibt der Lidschluss nach Berührung der Cornea aus. Künstliche Athembewegungen, die sofortige Tracheotomie, die Faradisation der Phrenici — alles war erfolglos. Die Section ergab in 3 Fällen eine vergrösserte Thymusdrüse, auch im 4. Fall war die Drüse «verhältnissmässig gross». — Es ist wohl unzweifelhaft, dass die Thymusdrüse ebenso wie die Thyroidea oder die Lymphdrüsen recht beträchtlich sich vergrössern kann. Kann nun die Vergrösserung der Thymus bestimmte Krankheitserscheinungen hervorrufen, eventuell gar zur Todesursache werden? Sanné hat eine «compressive» Form des Stimmritzenkrampfes beschrieben und behauptet, dass der Druck der Thymusdrüse auf die Trachea und die Nervi recurrentes oder vagi Stimmritzenkrampf hervorrufen kann. Auch Verf. sucht diese Behauptung zu bekräftigen: er hat den Abstand des Manubrium sterni von der Wirbelsäule an einer Reihe von Kinderskeletten gemessen und fand denselben durchschnittlich 2½ Cm. gross. Der Dickendurchmesser der Thymus betrug in 10 Sectionsfällen noch nach dem Tode 2 Cm., da bleibt für die Trachea etc. nur ½ Cm. übrig! Eine hyperplastische Thymusdrüse beeinflusst aber nicht nur die Respiration, sondern auch die Circulation: die vergrösserte Drüse liegt «wie eine dicke nach innen gewölbte Kappe» auf den oberen Partien des Herzens und besonders auf dem Ursprung der grossen Gefässe, der Pulmonalis und der Aorta; sie überlagert und belastet ferner mit dem am meisten vergrösserten rechten Drüsenlappen den rechten Vorhof, sowie die 2 oberen Drittel des rechten Ventrikels. Das Herz steht somit unter einem positiven Druck, welcher von der acuten Schwellung der Drüse und der Raumbeengung der oberen Thoraxapertur abhängig ist. Auf diese Weise kann die hyperplastische Thymusdrüse durch Beeinflussung der Respiration und Circulation zur Todesursache werden. Pott schildert zum Schluss den Sectionsbefund eines Falles und führt die Erscheinungen auf die plötzliche Compression der Pulmonalarterie zurück.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Rudolf Virchow: Die Sections-Technik im Leichenhause des Charité-Krankenhauses, mit besonderer Rücksicht auf gerichtsärztliche Praxis. Im Anhange: Das preussische Regulativ für das Verfahren der Gerichtsärzte bei den gerichtlichen Untersuchungen menschlicher Leichen vom 13. Februar 1875. IV Auflage. Berlin 1893. Verlag von August Hirschwald.

Bei dem Erscheinen einer neuen Auflage eines so berühmten Werkes wie der Virchow'schen Sections-Technik bleibt dem Ref. kaum etwas Anderes übrig als die Thatsache des Erscheinens zu constatiren. Ueber den Inhalt des Buches etwas schreiben, hiesse Eulen nach Athen tragen. Jeder Arzt, welcher heutzutage Sectionen ausführt, thut solches nach den Grundsätzen, welche Virchow im Jahre 1875 in seiner Sections-Technik der Oeffentlichkeit übergeben hat; die Gerichtsärzte fast der ganzen Welt richten sich nach Regulativen, welche dem preussischen, mit andern Worten dem Virchow'schen, nachgebildet oder direct entlehnt sind. Nicht alle aber haben das grundlegende Werk selbst studirt, sondern so mancher verdankt seine Ausbildung nur der persönlichen Unterweisung dieses oder jenes akademischen Lehrers. Wer das Erscheinen der neuen Auflage benützt, um das Versäumte nachzuholen, wird eine doppelte Befriedigung finden, denn es ist nicht nur belehrend zu verfolgen wie der Begründer der modernen Sections-Technik seine Grundsätze aufstellt und bis in die Einzelheiten durchführt, sondern es ist auch gleichzeitig ein Genuss, den gewöhnlich als dürr und trocken verschrieenen Stoff in einer Form behandelt zu lesen, welche, abgesehen von allen übrigen Vorzügen, dank der subjectiven Schreibweise Virchow's durch das persönliche Interesse für den berühmten Autor belebt wird. Wladimiroff.

Hirschberg: Einführung in die Augenheilkunde. I. Hälfte. Leipzig. G. Thieme. 1892.

Selten begegnen wir in der specialistischen Literatur einem Buche, welches so sehr den Stempel der Originalität an sich trägt, wie das vorliegende. Die Vielseitigkeit und umfassende Belesenheit des Verfassers kommen hier ebenso sehr zur Geltung, wie seine reiche praktische Erfahrung. Die Schreibweise ist so charakteristisch, dass der Autor erkannt werden würde, auch wenn er anonym geschrieben hätte. Die Lectüre des Buches ist interessant, gleichviel ob man in vielen Punkten mit dem darin Gesagten übereinstimmt, oder ob man in anderen wieder zu lebhaftem Widerspruch angeregt wird; sie ist auch jedem Fachgenossen nützlich wegen der zahlreichen praktischen Winke, die er hier findet. Die Subjectivität der Darstellung, die bis zu einem gewissen Grade den Werth eines Werkes erhöht, kann aber auch zu weit gehen, und letzteres ist auch hier leider oft der Fall. Daher ist das Buch dem Anfänger, der nicht die nöthige Kritik üben kann, weniger zu empfehlen als dem ausgebildeten Arzte. Von den 6 Abschnitten (Augenheilmittel, Augenoperationen, Untersuchung der Augenkranken, Refraction, Accomodation, Dioptrik) ist der zweite besonders werthvoll durch die genauen Angaben über die in der Privatklinik des Verfassers geübte Antiseptik und Aseptik. Die Aufzählung der hauptsächlichsten Augenoperationen (S. 44 und 45) scheint uns in ihrer Kürze ganz überflüssig und hätte entweder ausführlicher sein oder ganz wegfallen sollen; die Extraction der harten Cataracte wird hier in 12 Zeilen (!) abgehandelt, als wäre es eine ganz schematische, immer und überall nach derselben Methode auszuführende Operation, bei der es keine Abweichungen und Complicationen geben könnte. Mit dem Motto: «Augenheilkunde ist weder eine Gewebelehre des Auges noch eine mathematische Formelsammlung, noch eine Pilzkunde, sondern die wissenschaftliche Darstellung der Kunst, kranke Augen zu heilen und gesunde so zu erhalten» wird man sich gewiss einverstanden erklären. In dem Capitel über Dioptrik scheint uns aber doch ein Ueberfluss an mathematischen Formeln geboten zu sein, der den praktischen Zwecken des Buches nicht entspricht. In sprachlicher Hinsicht möchten wir die radicale und oft sehr gezwungene Verdeutschung aller Termini technici tadeln. Wenn nicht bei jedem ins Deutsche übertragenen Terminus der ursprüngliche lateinische als Anmerkung am Rande stände, so wäre manches ganz unverständlich z. B. «Schmutzstaar» (ein mit Thränensackeiterung complicirter Staar). Es ist in dieser Wochenschrift schon wiederholt gegen die übertriebene Nationalisirung der wissenschaftlichen Sprache protestirt worden, so dass wir uns eine principielle Erörterung über diesen Gegenstand hier ersparen können. Trotz der gerügten Mängel empfehlen wir das vorliegende Buch als durchaus lesenswerth und interessant. Die Ausstattung lässt nichts zu wünschen.

Blessig.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung am 21. September 1892.

1. Dr. Kernig theilt seine Erfahrungen über die diesjährige Choleraepidemie aus dem weiblichen Obuchow-Hospital mit. Auffallend war die grosse Zahl acuter Gastrointestinalcatarrhe, welche dem eigentlichen Ausbruche der Epidemie (20. Juli) vorausgingen. So wurden vom 3.—20. Juli ins Hospital 16 solcher Fälle aufgenommen. Dieselben waren meist so leicht, dass man kaum die Entleerungen zu Gesichte bekam und ausser Erbrechen und Durchfall weiter keine Symptome auftraten. Der Ausgang war in allen Fällen Genesung. Der erste Fall von asiatischer Cholera wurde am 22. Juli ins Hospital aufgenommen. Es war ein Fall von Cholera sicca, der bei der Aufnahme so geringe Erscheinungen darbot, dass der Dejourarzt sich direct entschuldigte, einen so leichten Fall aufgenommen zu haben. Es bestand kein Durchfall, nur Erbrechen. Am folgenden Tage 11 Uhr Vormittags bot die Patientin jedoch das volle Bild der Cholera. Sie war pulslos und blau. Der Unterleib etwas aufgetrieben, jedoch weich und schwappig. Abends erfolgte der Tod. Die Pat. hatte notorisch keinen Stuhl gehabt. Bei der Section erwiesen sich jedoch die Dünndärme mit Reiswasser-Inhalt gefüllt, der Dickdarm zeigte beginnende Diphtherie. In dem von der Patientin bewohnten Hause waren dann später noch 8 Cholerafälle vorgekommen. Ueberhaupt ist die geringe Quantität der flüssigen Entleerungen in dieser Epidemie auffallend gewesen. Erbrechen war wohl häufiger, aber doch verhältnissmässig wenig. Im Obuchow-Hospitale ist vom Dienstpersonale nur eine Krankenwärterin an der Cholera erkrankt. Dieselbe trat 2 Stunden nach der Erkrankung in den Krankenbestand ein: um 7 Uhr Abends war der erste noch gebundene Stuhl erfolgt, um 9 Uhr bei der Aufnahme war sie bereits kalt und blau, am anderen Tage um Mittagszeit war sie gestorben. Ferner hebt K. die grosse Häufigkeit des Vorkommens von Choleratyphoid in dieser Epidemie hervor. Nach Ausschluss aller sog. Gastroenteritiden sind im weiblichen Obuchow-Hospitale vom 20. Juli ab bis heute im Ganzen 158 Cholerapatientinnen aufgenommen, davon 84 genesen, 67 gestorben, während 7 sicher Genesende noch in Behandlung, was eine Mortalität von 42.4 pCt. ergiebt. Von den 67 sind 36 im Choleratyphoid gestorben, während sich unter den Genesenen 5 mit Choleratyphoid befanden, im Ganzen 41 Typhoide auf 158 Erkrankte. Dieselben liegen bis 8 Tage und länger mit immer mehr herabgehender Temperatur, unbesinnlich, urinlos. Wenn Urin vorhanden, lässt sich derselbe der Unbesinnlichkeit wegen nicht auffangen und messen. Unter den 41 Fällen von Choleratyphoid (Choleranephritis) fand sich in 11 Fällen bei der Section ausserdem Diphtherie des Dickdarmes, 4 Mal mit Diphtherie der Vagina, 1 mal mit Diphtherie des Rachens vergesellschaftet. Choleraexanthem wurde nur in einem der 158 Fälle beobachtet.

Während dieser Zeit (vom 20. Juli ab) haben im weiblichen Obuchow-Hospitale ausserdem 62 Fälle von einfachen Gastritiden und 129 Fälle von Gastroenteritis Aufnahme gefunden. Letztere, welche wohl Durchfall und Erbrechen, nur in einzelnen wenigen Fällen auch Krämpfe, aber guten Puls darboten, wurden besonders gelegt und nicht in die Zahl der Choleraerkrankungen aufgenommen, während nur diejenigen, welche auch ausserdem noch Symptome von rapidem Kräfteverfall und schlechten Puls aufwiesen, in die Choleraabtheilung gelegt wurden. Dr. K. ist jedoch der Ansicht, dass von den 129 Fällen mit Sicherheit 40 Fälle als leichte Cholera oder Cholerine betrachtet werden können. Zählt man diese 40 Fälle zu den 158 Fällen von Cholera hinzu, so erhält man gleichfalls eine Mortalität von 33 pCt. wie sie durchschnittlich während dieser Epidemie in Petersburg berechnet worden. Bei einigen von diesen 40 Fällen sind in der That die Kommabacillen auch später nachgewiesen worden.

Als Curiosum theilt Dr. Kernig noch einen Fall von schwerer Cholera mit, welcher sich schon in der Besserung befand, indem sich schon tägliche Urinmengen von 2000 bis 3000 Cc. eingestellt hatten. Da trat plötzlich Fieber auf, 12 Tage nach der Erkrankung an Cholera. Es wird Pneumonie gesucht und erweist sich Abdominaltyphus. Unaufgeklärt ist die Infectionsquelle. Im Hospitale kann die Pat. sich kaum den Typhus acquirirt haben, da das Incubationsstadium desselben auf 2—3 Wochen angenommen wird. Der Fall endete mit Genesung.

Dr. Moritz ist der Ansicht, dass, wenn man die Mortalität dieser Epidemie berechnen und sie mit derjenigen früherer Epidemien vergleichen wolle, man sich derjenigen Criterien bedienen müsse, die früher bestanden, ehe man die Bacillen kannte. Früher wurden nur die Fälle mit schwerem Kräfteverfall und miserablem Pulse als Cholera bezeichnet und ergaben dieselben nie unter 50 pCt. Mortalität. Daher sei es sehr erfreulich, dass jetzt bei sehr genauer Zählung im weiblichen Obuchow-Hospitale nur 42 pCt. Mortalität beobachtet worden.

Dr. v. Lingen erinnert sich, im Jahre 1848 im Marien-Magdalenen Hospitale eine Abtheilung von 60 Betten im Laufe von 3 Tagen zwei Mal von Cholerakranken besetzt gesehen zu haben, von denen keiner genesen.

2. Dr. Metzler bestätigt nach seinen Beobachtungen im Peter-Paul-Hospitale das Auffallende der geringen Quantität der flüssigen Entleerungen in dieser Epidemie, betont jedoch, dass Todesfälle an Cholera sicca und im algiden Stadium mehr am Anfange der Epidemie vorkamen, während später der Uebergang in das sogenannte Choleratyphoid häufiger beobachtet wurde. Bei jedem einfachen Intestinalcatarrhe würden grössere Massen entleert, als in diesen Fällen der Cholera, welche meist das reine Bild einer Vergiftung darboten. Auf die therapeutischen Maassnahmen übergehend, theilt Dr. Metzler mit, dass im P. P. Hospitale von den Abtheilungsärzten wohl alle gebräuchlichen innerlichen Medikamente in Anwendung gezogen wurden, ohne jedoch damit irgend welche bemerkenswerthe Resultate zu erzielen. Auch von den Cantani'schen Eingiessungen von Kochsalzlösung ins Unterhautzellgewebe des Abdomen wurde bald Abstand genommen, da sie keine Erfolge zeigten und von den Patienten wegen der Schmerzhaftigkeit nur widerwillig ertragen wurden. Die intravenösen Injectionen einer Lösung von 1 pCt. Natron sulfuricum und 0.5 pCt. Natron chloratum haben auch wenig geleistet, obgleich der Puls sich nach der Injection sofort hebt und bald Wohlbefinden eintritt, jedoch meist nur auf kurze Dauer. Pro dosi wurden 1500—2000 Cc. intravenös im Verlaufe von 10—20 Minuten eingeführt, so dass bei Wiederholungen in Zeit von ein paar Tagen bis 6000 und 7000 Cc. einverleibt wurden. Im Ganzen wurden 22 Fälle so behandelt (11 Männer und 11 Frauen), von denen 7 genasen (3 Männer, 4 Frauen). Unter diesen 7 Genesenen sind jedoch 5 Fälle, in denen nur je eine intravenöse Injection gemacht worden war. Die übrigen 15 Fälle, wo die Injection wiederholt werden musste, weil der Puls wieder verschwand, endeten alle letal. Darunter sind auch Patienten gestorben, die bereits wieder Urinentleerung gehabt hatten. Infolge dessen legt Dr. M. der Behandlung bei der Cholera keine grosse Bedeutung bei. Gute Dienste leisteten jedoch wiederholte Bäder von 30—32° R., die bei allen Cholerakranken angewandt wurden und ihnen sehr angenehm waren. Man sah nach den Bädern den geschwundenen Puls wiedererscheinen und sich heben, und sind bei dieser Behandlung ebenso viel und noch mehr Genesungen selbst im algiden Stadium aufgenommener Kranken zu verzeichnen, als bei der Anwendung intravenöser Injectionen.

Dr. Metzler schildert dann den Gang der Epidemie, wie sie sich den zahlreichen Flussarmen der Newa und den Kanälen entlang ausgebreitet, was einen wichtigen Fingerzeig für die Aetiologie der Cholera, nämlich das inficirte Trinkwasser, abgiebt. Meist erkrankten Anfangs Arbeiter in Fabriken, auf den Barken und andere Personen, welche zum Trinken nachweislich direct Flusswasser benutzt hatten, wobei nach Verschluss der betreffenden Röhrenleitungen die Erkrankungen der Arbeiter in diesen Fabriken fast ausnahmslos sistirten, während diejenigen Stadttheile, welche ausgiebig mit Wasser der städtischen Wasserleitung versorgt waren, erst viel später betroffen wurden und eine verhältnissmässig geringere Zahl von Erkrankungen stellten.

Im Peter-Paul-Hospitale wurden übrigens Fälle mit Erbrechen, Durchfall und Krämpfen, auch wenn sie leichter verliefen, doch als Cholera gezählt, weil ja auch bei anderen Infectionskrankheiten neben den schweren leichtere Fälle vorkommen. Im Ganzen sind im P. P. Hospitale vom 20. Juli bis 20. September 668 Fälle an der Cholera behandelt (434 Männer, 234 Frauen), davon 416 entlassen (259 Männer, 157 Frauen); 226 sind gestorben (151 Männer und 75 Frauen), was eine Mortalität von 33,83 pCt. ergiebt (34,79 pCt. für die männliche, 32,05 pCt. für die weibliche Abtheilung). Der Rest von 26 Fällen befindet sich noch in Behandlung, jedoch auf dem besten Wege der Besserung.

6. Dr. Koch theilt Beobachtungen aus dem Nicolai-Kinderhospitale mit, woselbst 30 Fälle an Cholera behandelt wurden, von denen 11 gestorben, 16 genesen sind, während 3 sich noch in Behandlung befinden. Auch hier sind Fälle von rapidem, 10 und 12stündigem Verlaufe beobachtet worden während die Mehrzahl der Erkrankten das Bild des Choleratyphoids bot. Oft schwankte die Diagnose sogar zwischen Meningitis. Ein Knabe hatte in der Abtheilung schwere Cholera durchgemacht, als sich am 7. Tage bei einer Temperatur von 37,2° C. eine fleckige Röthe im Gesicht und auf der Brust einstellte, welche für Masernexanthem angesprochen wurde, um so mehr als am zweiten Tage, als das Exanthem heraus war, die Temperatur auf 38,2 stieg und es sich herausstellte, dass eine Wärterin aus der Masernabtheilung die Choleraabtheilung besucht hatte. Schnupfen hatte allerdings nicht bestanden *).

*) P. S. Der Knabe, welcher nach Ausbruch des fleckigen Exanthems auf die Masernabtheilung übergeführt worden, hat dort späterhin, wie Dr. Koch auf der folgenden Sitzung mittheilte, abgeschuppt, ohne sich dort eine weitere Maserninfection zugezogen zu haben.

Dr. Kernig ist der Meinung, dass es sich im vorliegenden Falle vielleicht auch um ein, in dieser Epidemie freilich selten beobachtetes Choleraexanthem gehandelt haben könnte.

D. z. Director: Dr. v. Lingen.
Secretär: Dr. Jalan de la Croix.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 29. September 1892.

1. Herr Selenkow stellt zwei Patienten vor, an welchen er mit schönem Erfolge die Pyloroplastik ausgeführt hat. Nachdem Vortr. die Geschichte der genannten Operation, ihre Indication und ihre Technik besprochen, referirt er ausführlich die Krankheitsgeschichte und den Operationsverlauf der beiden (zur Veröffentlichung bestimmten) Fälle: Der eine betrifft einen 7jährigen Knaben, bei welchem nach einer Verbrennung durch Chlorzink eine Pylorusstenose sich ausbildete, die zu rapide fortschreitender Inanition führte, der andere ein 32jähriges Fräulein mit hochgradiger Dilatatio ventriculi und gleichfalls bedrohlicher Inanition infolge eines den Pylorus narbig stenosirenden Ulcus ventriculi. In beiden Fällen kann die Operation als lebensrettend angesehen werden.

2. Im Anschluss hieran berichtet Herr Wanach über folgende von ihm im Peter-Paul-Hospital ausgeführte Pyloroplastik nach Heineke-Mikulicz: Knabe von 17 Jahren, hat am 15. Juli d. J. im Versehen Schwefelsäure geschluckt und ist damals sogleich ins Hospital aufgenommen, am 31. Juli aber wieder entlassen worden; es bestanden noch keine Magenbeschwerden. Wieder aufgenommen am 12. Aug.: Schlingbeschwerden. Pat. kann nur flüssige Nahrung zu sich nehmen. Theilweise Verwachsung des weichen Gaumens mit der Rachenwand; die Magensonde passirt den Oesophagus nicht. Magen erweitert, untere Grenze 2 Querfinger über dem Nabel. Erbrechen fast täglich; das Erbrochene enthält freie HCl. Stuhl kaum vorhanden. Am 26. Aug. Magengrenze schon 1 Querfinger unter dem Nabel, hochgradige, schnell fortschreitende Abmagerung. Am 9. Sept. gelingt die Sondirung, aus dem Magen werden $1^1/_2$—2 Liter Flüssigkeit entleert. Operation am 11. Sept.: Schnitt in der Linea alba; es finden sich keine Adhäsionen. Der Pylorus präsentirt sich als ein dicker, derber Wulst mit zahlreichen erweiterten Venen an der Oberfläche. Eröffnung des Pylorus, der für eine geschlossene Pincette durchgängig ist, vom Magen aus, Erweiterung des Schnittes bis ins gesunde Duodenum. Wie in den Fällen von Selenkow, so erwies sich auch hier die Muscularis colossal verdickt, an der Schleimhautoberfläche war aber ausserdem eine deutliche ringförmige Narbe zu sehen. Die Spannung der queren Naht bei einer Schnittlänge von 7 Cm. war eine recht erhebliche, wodurch die von Braun auf dem letzten Chirurgencongress gemachte Angabe, man solle den Schnitt nicht länger als 8 Cm. machen, bestätigt werden dürfte. Nach der Operation kein Collaps, wohl daher, weil sehr wenig (einige Tropfen) Chloroform verbraucht worden war; es war auch Cocaïn subcutan gegeben worden; Pat. war während der Naht des Pylorus bei Bewusstsein und gab auf Befragen an, dass er keinen Schmerz spüre. Die Bauchnähte wurden am 10. Tage entfernt. Die erste Nahrung wurde per Klysma zugeführt. Pat. erholt sich zusehends, das Körpergewicht, das vor der Operation nur 70 Pfd. betrug, nimmt schnell zu. Der Magen verkleinert sich. Es folgt die Vorstellung des Patienten. Nachtrag: Am 13. October macht Herr Wanach die Mittheilung, dass der Pat. am 11. Oct. mit einem Körpergewicht von $84^1/_2$ Pfd. entlassen worden ist. Der Magen hat sich noch weiter verkleinert, die untere Grenze steht jetzt zwischen Nabel und Proc. xiphoideus. Was die Geschichte der Pyloroplastik anlangt, so ist zu bemerken, dass Köhler schon vor 2 Jahren 15 auf diese Art operirte Fälle in der Literatur zählen konnte. In prognostischer Beziehung sind die Verbrennungsstenosen von den durch Ulcus bedingten zu scheiden; letztere sind ungünstiger, weil die Narbe massiger zu sein pflegt und der Pylorus häufiger mit der Umgebung verwachsen ist, was die Operation wesentlich erschwert.

Herr Westphalen hat die von Selenkow soeben vorgestellte Patientin früher einmal gesehen. Damals wurde constatirt: Tumor der Pylorusgegend, Magenerweiterung, im Mageninhalt Gährungssäuren, keine freie Salzsäure, ausserdem aber noch: palpable Nieren, tiefstehendes Colon, tiefstehender, mässig dilatirter Magen. Es musste damals an die Möglichkeit einer Entero- und Gastroptose gedacht werden, die ihrerseits zu Knickung des Pylorus, zu Stauung und Bindegewebshypertrophie, in demselben geführt hätte. Die typischen Symptome eines Ulcus ventriculi (Cardialgien, Blutungen, Hyperacidität) fehlten.

Herr Kernig hält es für wenig wahrscheinlich, dass Enteroptose und Dilatation des Mages durch bewegliche Nieren hervorgerufen werden könnten, da ganz bewegliche Nieren ohne Senkung von Leber und Milz, und ohne Magendilatation bekanntlich recht häufig vorkommen.

Herr Selenkow bemerkt, dass in dem von ihm über die erwähnte Patientin aufgenommenen Status notirt ist: «Nieren nicht palpabel».

Herr Kernig erwähnt eines Falles aus dem weibl. Obuchow-Hospital, in welchem 24 Stunden nach der wegen Pylorusstenose und Dilatatio ventriculi und hochgradiger Ernährungsstörung ausgeführten Pyloroplastik der Tod durch Collaps (atrophisches Herz!) eintrat. Bei der Section erwies sich die Wunde durch die Nähte fest geschlossen, ohne irgend welche Complication. Bei der Berührung aber riss das Duodenum ein, da die Wand desselben sehr dünn war. Hierin liegt eine Gefahr für den weiteren Verlauf nach der Pyloroplastik.

Herr Moritz hält es für wünschenswerth, den fast verhungerten Patienten in solchen Fällen möglichst bald nach der Operation Nahrung zuzuführen. Herr Selenkow ist der Ansicht, dass solches um so mehr zu gestatten ist, als man sieht, dass ein frisch operirter Magen sogar das nach der Operation häufig auftretende Erbrechen ohne Schaden für die Wunde erträgt. Wichtig ist es jedenfalls, mit dem Chloroform möglichst sparsam zu sein.

Sitzung am 13. October 1892.

1. Herr Hellat sellt einen 70 Jahre alten Mann, der seit $1^1/_2$ Jahren an einem Tumor der linken Nasenhälfte leidet, vor. Patient kam Ende März a. c. in H.'s Behandlung. Bei der Untersuchung wurde ein schmutzig röthlicher, 1—$1^1/_2$ Cm. aus der Nase hervorragender, sehr weicher, bei geringster Berührung blutender Tumor constatirt, der die ganze linke Nasenhälfte ausfüllt und nach Entfernung wieder sehr schnell nachwächst. Rechte Nasenhälfte, Nasenrachenraum frei, keine Drüsenschwellung. Auf die proponirte temporäre Resection der Nase mit nachfolgender Exstirpation der Geschwulst geht Patient nicht ein; Ende März wird ihm vorher die Geschwulst per vias naturales in 4 Sitzungen entfernt.

Mitte Mai treten nebst einem Recidiv in der Nase nach und nach schmerzhaft werdende und schnell wachsende taubenei- bis hühnereigrosse Metastasen in den beiden Submaxillargegenden und nachher in den beiden Wangen auf.

Da der Fall auf diese Weise inoperabel geworden war, so entschloss sich H. Injectionen von Pyoctanin, dessen resorbirende Wirkung auf Ohrpolypen und in einem Falle auch auf Larynxgranulationen er bereits erprobt hatte, in die Tumormassen zu machen. Vom 1. bis 5. Juli wurde täglich und später seltener, im Ganzen 14 Injectionen Pyoct. flav. 1:300, in wässriger Lösung in die Submaxillardrüsen injicirt. Schon nach der III. Injection liess sich eine bedeutende Verringerung der Spannung und Weicherwerden der Geschwulst constatiren; die Schmerzen hörten vollständig auf; am 10. Aug. waren beide Unterkiefermetastasen fast verschwunden.

Die Wangengeschwulst war unterdess taubeneigross geworden und schmerzhaft. 3 Einspritzungen bringen auch diese zu Resorption, es bleibt nur eine erbsengrosse nicht schmerzhafte Schwellung zurück.

In der Nase hatte die Geschwulst aber trotz Injection, Spülung und innerlicher Verordnung derselben Lösung keine merkliche Veränderung gezeigt. Dagegen wurde aber die Geschwulst in 10—14 Tagen bis auf unbedeutende Reste im hinteren Nasenraum durch Anwendung von P. in Pulverform vermittelst Wattetampon eingeführt zum Verschwinden gebracht.

Mikroskopisch war die Geschwulst von Prof. Semmer und Dr. Wladimirow untersucht worden. Beide erklärten die Geschwulst nach vorläufiger Untersuchung für ein kleinzelliges Rundzellensarkom.

Pyoctanin ist zuerst von Mosetig-Moorhof gegen bösartige Geschwülste angewandt worden, nachher noch von Anderen, meistens aber mit unvollständigem oder gar keinem Erfolge. H.'s Behandlung unterscheidet sich von demjenigen der Anderen dadurch, dass er Pyoct. flavum in Substanz oder in 1 pCt. Lösung als Ausspritzung anwandte, während andere P. caerul. in 1:1000—1:300 meistens als Waschung benutzt.

H. glaubt jedoch, dass nicht so sehr die Anwendungsweise des Mittels, als vielmehr der Charakter der Geschwulst den Erfolg bedinge.

Herr Wladimirow betont, dass die Diagnose «Sarkom» nur vorläufig nach dem ersten Eindruck des mikroskopischen Befundes gestellt sei, und behält sich ein definitives Urtheil über den anatomischen Charakter der Geschwulst bis nach erfolgter Anwendung aller technischen Hilfsmittel vor.

Herr Neumann hat ein Carcinom des Oberschenkels nach 10 Injectionen von Mosetig-Moorhof's Lösung (Pyoctan coeruleum) rapide zerfallen sehen. Aehnliches beobachteten wie N. aus mündlichen Mittheilungen bekannt, die DDr. Kirejew und Moersch an mehreren Carcinomen des Uterus. N. zweifelt bis auf Weiteres an dem Sarkom-Charakter der von Hellat behandelten Geschwulst.

2. Herr Westphalen berichtet über einen Fall von Anadenie des Magens verbunden mit Cirrhose desselben, welchen er in Gemeinschaft mit Dr. Treitenfeld beobachtet hat.

Pat. 39 a. n. hat nachweislich schon Jahre lang an einer von Dr. Treitenfeld constatirten schleimigen Gastritis gelitten. In letzter Zeit Verschlimmerung des Leidens und hochgradige Abmagerung, wobei sich namentlich ein sehr lästiges Erbrechen geltend macht. Von sonstigen Beschwerden wird über einen schmerzhaften Druck hinter dem Sternum geklagt, der momentan bei relativ stärkerer Anfüllung des Magens eintritt und so lange anhält, bis Pat. den Inhalt willkürlich durch Erbrechen entleert. Infolgedessen geniesst der Kranke nur ganz geringe Mengen Flüssigkeiten in einer Quantität von ca. $^1/_3$—$^1/_2$ Bierglas. Ausserdem bestehen leichte dyspeptische Beschwerden und Stuhlträgheit.

Stat. praes.: Hochgradige Abmagerung Schluckgeräusche normal. Die Sonde passirt leicht die Cardia. motorische Schwäche des Magens, da einzelne Speisen über 24 Stunden in dem Magen verweilen. Bei Spülungen des Magens fällt zunächst das vollständig unveränderte Aussehn der Ingesta auf, weiter macht sich die auffallende Thatsache bemerkbar, dass ca. 150 Cbcm. Flüssigkeit leicht in den Magen eingeführt werden können, lässt man jedoch noch mehr einfliessen, so tritt momentan Druckgefühl hinter dem untern Sternumende ein und die eben eingeführte Flüssigkeit wird durch Erbrechen neben der Sonde entleert. Das gleiche findet auch statt, wenn Luft in den Magen geblasen wird. Es können nur ganz geringe Mengen eingeblasen werden, momentan tritt Spannungsgefühl ein und es lässt sich keine weitere Luft einführen, wobei man, wenn mit dem Munde geblasen wurde die Empfindung hat, als ob man nicht in ein elastisches Organ sondern in einen starrwandigen Raum hineinbläst. Plötzlich tritt Stenosegeräusch auf und die Luft entleert sich in das Duodenum welches als geblähte Partie durch die dünnen Bauchdecken sich abhebt, nunmehr können wieder geringe Quantitäten eingeblasen werden.

Eine percutorische Bestimmung des Magens war unmöglich, da keine grösseren Flüssigkeitsmengen eingebracht werden konnten.

Im Mageninhalte fand sich kein Schleim ebensowenig wie HCl. und Pepsin — wohl aber reichliche Gährungssäuren.

Jodkaliprobe gab erst in 1 Stunde ein positives Resultat im Speichel.

Auf das Gesagte hin wurde die Diagnose folgendermaassen formulirt: Nahezu vollständige Atrophie der Magenschleimhaut, als Ausgang einer schleimigen Gastritis, stark geschädigte Resorption und Motilität des Magens. Cirrhose seiner Wand und Verkleinerung seines Rauminhaltes bis auf ca. 150 Cubcm.

Pat. ging bald zu Grunde.

Bei der Section fanden sich die in Vivo angenommenen Veränderungen des Magens, daneben in der rechten Niere ein Herd, welcher makro- und mikroskopisch als ein tuberkulöser oder gummöser Process angesprochen werden musste.

Demonstration des Magenpräparates.

Secretär: E. Blessig.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Hotz (Chicago) hat den durch Entfernung eines grossen Pterygium entstandenen Defect der Conjunctiva nach der Thiersch'schen Methode durch einen Hautlappen von der Innenseite des Vorderarms zu ersetzen versucht. Der erst fleischfarbene Lappen wurde in der zweiten Woche weiss und war bedeckt mit Epidermiszellen, die sich leicht abschaben liessen. Allmälig wurde er weich und glatt und ragte schliesslich nur ein wenig über das umgebende Gewebe hervor.

(The Satellite. October 1892).

— Dr. Stepp in Nürnberg hat schon vor 3 Jahren das Chloroform in wässeriger Lösung (1,0:150,0) innerlich angewandt und damit namentlich bei Typhus abdomin. sehr gute Resultate erzielt. Somnolenz, Delirien, Allgemeinbefinden, Puls wurden in günstigster Weise beeinflusst. Auch als Gurgel- und Spülwasser bei verschiedenen schwereren Affectionen der Mund und Rachenhöhle leistete das Chloroformwasser vortreffliche Dienste. Besonders hervorzuheben ist, dass das Chloroform bei innerlicher Anwendung in der angegebenen Tagesdosis nie eine nachtheilige Wirkung hatte. (Cf. Münchener med. Wochenschr. 1889 Nr. 8 und 1890 Nr. 45).

Vermischtes.

— Die allrussische hygienische Ausstellung, welche, wie wir vor Kurzem berichteten, zufolge eines Beschlusses des Organisationscomités derselben wegen der im Frühjahr 1893 zu befürchtenden Choleragefahr auf das Jahr 1894 verschoben wurde, soll nun doch im nächsten Jahre stattfinden. Die Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit hat nämlich in ihrer Sitzung am 16. November es für möglich gefunden, die Ausstellung im Juli 1893 zu arrangiren. Zur Deckung der Unkosten der Ausstellung hat die Gesellschaft 50,000 R. ausgesetzt.

— Wie wir hören, ist Dr. A. Ebermann von dem Präsidium des Organisationscomités der hygienischen Ausstellung zurückgetreten und ist an seine Stelle der Architekt Graf Suzor gewählt worden.

— Der Professor der Chirurgie Dr. J. N. Nowazki in Moskau ist anlässlich seines 40jährigen Jubiläums (cfr. Nr. 46) von der Moskauer chirurgischen Gesellschaft zum Ehrenmitgliede gewählt worden.

— Vor Kurzem beging hierselbst der Consultant für innere Krankheiten an der Maximilian-Heilanstalt, wirkl. Staatsrath Dr. W. Kamenezki, das 50jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit.

— Ordensverleihung: Der St. Wladimir-Ordes III. Classe — dem etatmässigen Consultanten des Hospitaln für ambulante Kranke der Grossfürstin Maria Alexandrowna, Herzogin von Edinburg, Staatsrath Dr. Tschernyschew.

— Verstorben: 1) Am 15. November der frühere Oberarzt des hiesigen Obuchowhospitals Geheimrath Dr. Friedrich Herrmann im 82. Lebensjahre. Einen ausführlichen Nekrolog bringen wir in der nächsten Nummer. 2) Am 2. November in Berlin unser Landsmann der dortige freipraktricirende Arzt Dr. Georg Friedländer im 63. Lebensjahre. Als Sohn des Dorpater Professors der Cameralwissenschaft in Dorpat geboren, erhielt er dort seine Schulbildung und bezog im Jahre 1847 die Dorpater Universität, an welcher er bis 1851 Medicin studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde setzte er seine Studien in Deutschland behufs weiterer Vervollkommnung fort und liess sich dann in Berlin als praktischer Arzt nieder. Vor Kurzem gab er seine Praxis ganz auf, um sich ausschliesslich mit literärischen und Uebersetzungsarbeiten zu beschäftigen, wozu ihn seine umfassende Bildung und seine grossen Sprachkenntnisse befähigten. Auch an politischen Dingen hat er lebhaft Theil genommen. Die freisinnigen Blätter rühmen ihm eine von «unwandelbarem Freisinn» erfüllte Gesinnung nach. 3) In Rjasan der Eisenbahnarzt W. A. Petrow im 33. Lebensjahre. 4) In Kiew am 6. November der Arzt Sylvester Wosnessenski. Nach Absolvirung des Arztexamens in Charkow, wurde W. Beamter des Controlhofes in Kiew. Während des vorigen Sommers war er als Choleraarzt an einer Zuckerfabrik thätig. 5) In Nowaja Ladoga die Aerztin Claudia Petrowskaja, geb. Stroganow, welche als Landschaftsärztin seit 10 Jahren fungirte, am Flecktyphus. 6) Im Bade Elster der dortige Brunnenarzt Dr. Flechsig im Alter von 75 Jahren. Der Hingeschiedene hat sich um die Bäderkunde grosse Verdienste erworben. Von ihm rührt unter Anderem eine für den praktischen Arzt berechnete Darstellung der Balneotherapie her, die in diesem Jahre in zweiter Auflage erschienen ist. 7) In St. Moritz (Engadin) der dortige Badearzt Dr. Berry.

— Die «Royal Society», die bedeutendste wissenschaftliche Vereinigung Englands, hat ihrem auswärtigen Mitgliede Prof. Dr. Rud. Virchow in Berlin für seine Forschungen auf den Gebieten der Pathologie, der pathologischen Anatomie und der Archäologie die diesjährige «Copley-Medaille» zuerkannt. (A. m. C.-Ztg.).

— Pasteur in Paris erreicht in diesem Jahre am 27. December n. St. sein 70. Lebensjahr. Die Section für Medicin und Chirurgie bei der Académie des sciences hat ein Comité, bestehend aus den Akademikern Marey, Charcot, Brown-Séquard, Bouchard, Verneuil, Guyon, Duclaux und Granche, gewählt, das beauftragt ist, die Sammlungen zur Beschaffung eines Ehrengeschenks für den berühmten Gelehrten zu veranstalten. Wie verlautet, beabsichtigen auch die russischen Aerzte Pasteur bei dieser Gelegenheit eine Ehrengabe zu überreichen.

— Prof. Tillaux ist zum Leiter der chirurgischen Klinik der medicinischen Facultät in Paris ernannt worden.

— Dr. B. Werigo hat sich mit Genehmigung der Conferenz der militär-medicinischen Akademie als Privatdocent für Physiologie an der genannten Akademie habilitirt.

— Als weitere erfreuliche Beweise der Anerkennung, welche die Thätigkeit der Aerzte und Studenten während der letzten Choleraepidemie gefunden hat, registriren wir heute folgende: Die Chersonsche Gouvernements-Landschaftsversammlung hat einstimmig beschlossen, den Landschaftsärzten, welche an der Bekämpfung der Epidemie sich betheiligt, den Dank für ihre selbstverleugnende Thätigkeit zu notiren. Das Spassk'sche Kreislandschaftsamt hat in sehr schmeichelhafter Weise über die Thätigkeit der unter der Leitung des Dr. A. Segen stehenden Sanitätsabtheilung berichtet. Die Moskausche Kreislandschaftsversammlung hat den Landschaftsärzten für ihre energische Thätigkeit im Kampf gegen die Choleraepidemie ihren Dank ausgesprochen und zu Gratificationen für die Feldscher, Feldscherinnen und Krankenwärterinnen 1000 R. bewilligt. Das Nikolajewsche Stadtamt (Gouv. Cherson) hat beschlossen, dem Studenten der Medicin der Dorpater Universität, Moses Kamener, als Zeichen des Dankes dafür, dass derselbe 2 Monate hindurch die Function eines Choleraarztes unentgeltlich erfüllt hat, ein goldenes Jeton zu überreichen. (Wr.).

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 48 St. Petersburg, 28. November (10. December) **1892**

Abonnements-Aufforderung.

Die St. Petersburger

Medicinische Wochenschrift

wird auch im Jahre 1893 unter der jetzigen Redaction und nach dem bisherigen Programm erscheinen. Sie bleibt ihrer Aufgabe getreu, ein Organ für praktische Aerzte zu sein und letztere durch **Originalarbeiten** sowohl als durch **Referate** und **Besprechungen** neu erschienener Werke mit den Ergebnissen zeitgenössischer medicinischer Forschung bekannt zu erhalten. — Wie bisher werden die **wissenschaftlichen Verhandlungen der Dorpater med. Facultät** in der Wochenschrift erscheinen und wird dieselbe als Organ nachstehender Vereine und Gesellschaften fortfahren mit der Veröffentlichung der **Protokolle des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte**, des **St. Petersburger Vereins deutscher Aerzte**, der **Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga**, der medicinischen **Gesellschaft zu Dorpat** und der **Gesellschaft livländischer Aerzte**. — Besondere Aufmerksamkeit wird die Wochenschrift auch fernerhin der **russischen medicinischen Literatur** widmen und in gleicher Weise, wie im vorigen Jahre, auch weiterhin durch fortlaufende Referate über **alle wichtigeren in russ. medicin. Journalen erscheinenden Arbeiten**, sowie über die Verhandlungen **russischer medicinischer Gesellschaften**, den mit der russischen Sprache nicht vertrauten Fachgenossen die Einsicht in diese stetig an Bedeutung gewinnende Literatur ermöglichen. — Der **Abonnementspreis** ist incl. Zustellung in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für ein halbes Jahr; **in den anderen Ländern 20 Mark** für das Jahr, 10 Mark für ein halbes Jahr. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die Buchhandlung von **C. Ricker** in St. Petersburg, Nevsky-Prospect Nr. 14, **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen an den geschäftsführenden Redacteur **Dr. Rudolf Wanach** (Petersburger Seite, Grosser Prospect Nr. 7, Quart. 6) **zu richten.**

Beiträge zur Lehre von der Tubenschwangerschaft.

Von

Dr. Th. Dobbert.

Die zahlreichen in der Literatur veröffentlichten Fälle von Extrauterinschwangerschaft haben uns gelehrt, dass diese Anomalie, spec. die Tubenschwangerschaft, viel häufiger vorkommt, als wir früher annahmen. Nicht zu verwundern ist es daher, dass sich das Interesse der Gynäkologen eine Zeitlang fast ausschliesslich dieser Frage zuwandte und Abhandlungen über Tubenschwangerschaft in der Literatur dominirten [1]). Stehen augenblicklich wieder andere Themata auf der Tagesordnung, so ist damit noch nicht gesagt, dass die Frage von der Extrauterinschwangerschaft zu einem definitiven Abschluss herangereift ist. Viel «Neues» braucht durch weitere Forschungen wohl nicht hinzugefügt zu werden, manches schon «Bekannte» harrt jedoch noch der Bestätigung, um als beweiskräftig anerkannt zu werden.

Durch die Freundlichkeit mehrerer Herrn Collegen verfüge ich über eine Anzahl interessanter Präparate von Tubenschwangerschaft, habe ausserdem in der gynäkologischen Abtheilung des Peter-Paul Hospitals eine ganze Reihe von Eileiterschwangerschaften zu beobachten Gelegenheit gehabt und erlaube mir daher in Nachstehendem die durch Beobachtungen am Krankenbette und durch mikroskopische Untersuchungen gesammelten Eindrücke mitzutheilen.

Die klinischen Erfahrungen haben gelehrt, dass die Ursachen der Tubenschwangerschaft in einer irgend wie gestörten Eileitung zu suchen sind. In der Aetiologie

---

[1]) Vollständige Literaturangaben finden sich in der Dissert. von К. Змигродскій «Къ ученію о внѣматочной беременности» СПБ. 1886 und vom Jahre 1887 an in Frommels Jahresberichten über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtsh. und Gynaekologie.

der Nachbarschaft der Gebärmutter und damit in Zusammenhang stehende Dislocationen und Knickungen der Tube mit besonderer Vorliebe angeführt worden. Man suchte selbst die Häufigkeit der in letzter Zeit beobachteten Fälle von Extrauterinschwangerschaft mit der immer mehr um sich greifenden Verbreitung des Gonococcus und den dadurch bedingten Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane in Zusammenhang zu bringen.

Bekanntlich beruhen genannte Entzündungen in der bei Weitem grössten Mehrzahl der Fälle auf Infection. Fast regelmässig können wir uns bei Sectionen davon überzeugen, dass bei einigermassen vorgeschrittenen Entzündungsprocessen in der Nachbarschaft des Eileiters der peritoneale Ueberzug und die Gewebsbestandtheile der Tube in Mitleidenschaft gezogen werden und braucht daher, wie mir scheinen will, kein besonders grosses Gewicht darauf gelegt zu werden, ob die Tube als Leiter der Infection gedient hat oder dabei nur eine nebensächliche Rolle spielte. Die in solchen Fällen schon makroskopisch sichtbaren Veränderungen des Eileiters gehen mit noch bedeutenderen mikroskopischen Hand in Hand. Die Schleimhaut macht so bedeutende Veränderungen durch, dass sie nicht nur im acuten Stadium, sondern auch für spätere Zeiten functionsunfähig wird. Ich erinnere hier nur an die Veränderungen wie sie nach einer Salpingitis purulenta, gonorrhoica, haemorrhagica und interstitialis gefunden werden [2]). Bei den drei zuerst genannten Entzündungsformen pflegt ausserdem eine Verwachsung des Orif. abdomin. tubae sehr häufig zu sein [3]).

Das Ovarium nimmt an den entzündlichen Vorgängen gleichfalls mehr weniger regen Antheil. Kommt es in solch' einem veränderten Eierstock überhaupt noch zum Reifen und Bersten von Follikeln, so sind für die Aufnahme des Ovulum in die Tube und für die Fortbewegung desselben im Eileiter die denkbar ungünstigsten Bedingungen vorhanden. Obliteration des Tubenlumens, inversio ostii tubae abdominalis, bedeutende Schwellung und Wulstung der Schleimhaut und Verlust des Flimmerepithels, das sind in Kürze die Hindernisse, welche sich dem Eichen entgegenstellen. Die Veränderungen in der Lage der Tube, Knickungen derselben etc. kommen weniger in Betracht, weil das Eichen entweder gar nicht in die Tube hineingelangt, oder schon im ampullären Theil derselben liegen bleibt, weil das Epithel der bewegenden Kraft verlustig gegangen ist. Die oben angeführten Veränderungen werden in einigen Fällen die Veranlassung dazu sein, dass das Ovulum den Weg zum Ostium der anderen, vielleicht in geringerem Grade veränderten Tube sucht.

Bedeutendere Entzündungen sind daher geeignet die Entstehung von Retentionscysten der Tube zu begünstigen, werden aber, in Folge der tiefgreifenden Veränderungen der Schleimhaut, wohl kaum eine Tubenschwangerschaft verursachen können. Leichtere Entzündungsformen könnte man noch als aetiologisches Moment gelten lassen, doch dürften dieselben, bei den geringen Symptomen, welche sie verursachen, nicht so häufig wie Engström [4]) annimmt, klinisch als solche diagnosticirt werden.

In vollem Einklange hiermit stehen die Befunde welche

[2]) Vergl. E. Orthmann «Beiträge zur normalen Histologie und Pathologie der Tuben». Virchow's Archiv Bd. 108; A. Martin «Ueber Tubenerkrankung». Zeitschr. für Geb. und Gyn. Bd. XIII; Михновъ «Къ вопросу о заболѣваніяхъ фаллопіевыхъ трубъ и яичниковъ. Дисс. СПБ. 1889.

[3]) Vergl. К. Ф. Славянскій «Воспаленія и ретенціонныя кисты фаллопіевыхъ трубъ». Жур. акуш. и женск. бол. 1891; L. Landau «Ueber Tubensäcke». Berlin 1891; Schmitt «Zur Kenntniss der Tubengonorrhoe». Arch. f. Gynaekologie Bd. 35.

[4]) «Zur Aetiologie der Tubenschwangerschaft». Zeitschr. für Geb. und Gyn. Bd. 24.

Tubenschwangerschaften in frühen Stadien wird der *Eileiter* meist frei und nur selten durch peritonitische Adhaesionen und Verklebungen fixirt gefunden. Die in späteren Entwickelungsphasen sich findenden, zuweilen recht beträchtlichen, Verwachsungen sind meistentheils auf entzündliche Vorgänge zurückzuführen, welche sich erst in der Folge in der Umgebung des wachsenden Tumors etablirt haben. Eine bekannte Thatsache ist ferner, dass bei Extrauterinschwangerschaft das Corpus luteum verum häufig im Ovarium der entgegengesetzten Seite gefunden wird.

Schon Werth [5]), Küstner [6]), Engström [7]) und A. weisen darauf hin, dass pathologische Processe im Eileiter selbst Veranlassung zu Tubenschwangerschaft geben können.

Untersuchungen an Serienschnitten makroskopisch normaler Tuben, welche sich unter dem Mikroskop als pathologisch verändert erwiesen, im Vereine mit Untersuchungsbefunden, welche an Präparaten von Tubenschwangerschaften aus frühen Entwickelungsstadien gewonnen wurden, haben mich zu der Ueberzeugung gebracht, dass als hauptsächlichstes ursächliches Moment für die Entstehung einer Tubenschwangerschaft diejenigen pathologischen Veränderungen angesehen werden müssen, welche in der Tube resp. in der Schleimhaut derselben Platz greifen. Solche Veränderungen können entweder Folgezustände entzündlicher Processe, oder angeborene Anomalien sein. Die Entzündungen die hier in Betracht kommen, sind meist chronischer Natur, sie zeichnen sich besonders durch hyperplastische Vorgänge aus, beschränken sich nicht selten nur auf einzelne Abschnitte der Tuben und führen fast nie zu so weitgreifenden makroskopischen Veränderungen wie die oben genannten. Hier sind zu nennen: die Salpingitis catarrhalis chr. vegetativa seu proliferans, papillomatosa, follicularis, interstitialis (einige Formen) und deren Folgezustande, wie sie trefflich von Martin, Orthmann, Michnow und A. [8]) beschrieben werden.

Besonders möchte ich auf die Salpingitis proliferans und follicularis hinweisen. In zwei Fällen von Tubenschwangerschaft gelang es mir in dem nicht geschwängerten Eileiter diese Entzündungsformen in sehr ausgesprochenem Grade zu constatiren; in dem Präparate der Tube einer Jungfrau konnte gleichfalls Salpingitis follicularis geringen Grades nachgewiesen werden. Nicht selten wurde nur eine Tube pathologisch verändert gefunden, während die Tube der anderen Seite keine Abweichung von der Norm aufwies.

Es versteht sich von selbst, dass das anatomisch-pathologische Bild solcher Fälle ein sehr verschiedenes sein kann. Zwischen starker Wulstung und Verdickung der Schleimhaut und vollständigem Verschluss des Tubenlumens, zwischen geringen Ausbuchtungen der Mucosa und der Bildung von Alveolen, welche die ganze Wand der Tube durchsetzen, sind zahlreiche Uebergänge vorhanden.

Von wesentlicher Bedeutung sind ferner die noch zu erwähnenden Divertikel der Tubenschleimhaut (welche zum Theile angeboren sein können). Dieselben werden von einigen Autoren [9]) als zufällige Befunde bei mikroskopischen Untersuchungen der Tuben angeführt; Klein [10]) gelang es zuerst den Nachweis zu liefern, dass es in denselben zur Einnistung und Entwickelung eines Eies

[5]) «Beiträge zur Anatomie und operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft». Stuttgart 1887.

[6]) P. Müller's Handbuch der Geburtshilfe.

[7]) a. a. O,

[8]) alle a. a. O.

[9]) Williams «Histology of Fallopian Tubes». The americ. Journ. of the Med. Sciences. Vol. CII 1891.

[10]) «Zur Aetiologie der schwangeren Tube». Zeitschrift für Geb. und Gyn. Bd. 20.

kommen kann. Landau und Reinstein[11]) veröffentlichten darauf einen ähnlichen Fall. Ich habe diese Erscheinung gleichfalls an zwei Präparaten constatiren können[12]).

Windungen der Tube, wie sie von Freund[13]) beschrieben werden, müssen, falls oben geschilderte pathologische Verhältnisse in einem Eileiter bestehen, das Zustandekommen einer Tubenschwangerschaft noch bedeutend erleichtern.

Aus dem oben Angeführten ist ersichtlich, dass die Zahl der auf Veränderung im Eileiter selbst beruhenden ursächlichenMomente keine kleine ist, und dass wir keine grob anatomischen Veränderungen anzunehmen brauchen, um das Zustandekommen einer Tubenschwangerschaft zu erklären. Betrachten wir von diesem Gesichtspunkte aus die Entstehung der Tubenschwangerschaft, so können uns auch Fälle, in welchen bei anscheinend gesunden Frauen Eileiterschwangerschaft constatirt wird, in aetiologischer Beziehung keine Schwierigkeit bereiten.

Bei Besprechung der pathologischen Anatomie der Tubenschwangerschaft gehe ich auf die Vorgänge in der Schleimhaut der geschwängerten Tube und auf die Bildung einer Decidua aus Bindegewebselementen derselben nicht näher ein, weil diese Veränderungen im Allgemeinen dieselben sind, wie wir sie im Uterus in Folge der Gravidität beobachten[14]).

Von besonderem Interesse ist die Frage, ob die Decidua der schwangeren Tube eine Reflexa bildet. Bekanntlich sprechen sich einige Forscher wie z. B. Winkel[15]) und Frommel[16]) für das Vorhandensein einer Decidua reflexa bei Tubenschwangerschaft aus, während Rokitansky, Leopold, Langhans, Wyder, Hennig, Klein[17]) und A. eine Bildung derselben in Abrede stellen.

In den von mir in Serienschnitten untersuchten 4 Fällen von Tubenschwangerschaft habe ich kein Mal eine Reflexa zu beobachten Gelegenheit gehabt. Zu denselben Resultaten gelangte ich auch bei der Untersuchung anderer Präparate von Tubenschwangerschaft, welche nicht in Serienschnitte zerlegt wurden. Auf Grund meiner Untersuchungen muss ich daher das Vorhandensein einer Decidua reflexa bei Tubenschwangerschaft in Abrede stellen. Wie haben wir uns dann die Bildung einer Placenta und das Verhalten der Blutgefässe bei Eileiterschwangerschaften zu denken? Klein[18]) macht schon darauf aufmerksam, dass die Tubendecidua durch stellenweise energischere Wucherung oft genug Stellen bildet, welche einer uterinen Placenta ähnlich sehen. Functionell können diese Partien auch als Placenta angesehen werden, da sie vorwiegend den intervillösen Kreislauf zu übernehmen scheinen, doch konnte Klein auch noch an anderen Stellen eine freie Mündung der Tubengefässe zwischen den Chorionzotten nachweisen[19]). Diese Thatsache berechtigte ihn zur Annahme, dass in dem von ihm untersuchten Falle die Decidua in ihrer ganzen Ausdehnung die Rolle einer Placenta übernimmt. Diese Befunde Kleins kann ich theilweise bestätigen.

[11]) «Beiträge zur pathol. Anatomie der Tube». Archiv für Gyn. Bd. 39.

[12]) Das eine Präparat ist von mir in Virchow's Archiv Bd. 127 beschrieben, den anderen Fall hat Dr. v. Schrenk in der St. Petersb. medicin. Wochenschr. 1891. Nr. 40 pag. 354 veröffentlicht.

[13]) «Ueber die Indicationen zur operativen Behandlung der erkrankten Tuben». Volkmann's Samml. klin. Vortr. Nr. 323.

[14]) Vergl. auch meine «Beiträge zur Anatomie der ektopischen Schwangerschaft» a. a. O.

[15]) Lehrbuch der Geburtshilfe. Leipzig 1889.

[16]) Deutsches Archiv für klin. Med. Bd. 42.

[17]) Citirt nach Klein a. a. O. pag. 297.

[18]) a. a. O.

[19]) Tubare Decidualgefässe sind auch von Leopold, Langhans, Keller u. A. gesehen worden; eine freie Mündung dieser Gefässe in die intervillösen Räume beschreibt bei Tubenschwangerschaft meines Wissens zuerst Klein.

Ich habe an 2 Präparaten Gefässe bis zur freien Oberfläche der Decidua resp. bis in die intervillösen Räume verfolgen können. In einem Präparate wurde allerdings nur die freie Mündung eines einzigen Tubengefässes constatirt, in dem anderen, zu solchen Untersuchungen geeigneteren, konnten an verschiedenen Stellen Gefässmündungen nachgewiesen werden.

Bei Durchmusterung der Serienschnitte dieses Präparates fiel mir folgendes Verhalten einiger Blutgefässe auf. Die Gefässe in dem Bereich der Decidua sind dünnwandig, ein Theil der Muscularis und Adventitia scheint geschwunden, während an dem Endothel für's Erste keine Veränderungen zu bemerken sind. Je tiefer das Gefäss in die Decidua eindringt, um so schmächtiger wird die Muscularis, während das Endothel gequollen erscheint. Diese Veränderung in der Gefässwandung geht so weit, bis schliesslich nur ein Kranz von gequollenen Endothelien sichtbar ist. Zuweilen deuten noch einige circulär angeordnete Bindegewebsfasern die Abstammung eines solchen, von gequollenen Endothelzellen umgebenen Hohlraumes von einem Blutgefässe an. Wie schon gesagt, konnte an mehreren Stellen die Einmündung solcher veränderter Gefässe in die intervillären Räume nachgewiesen werden; zuweilen setzte sich das Endothel des Gefässes noch eine Strecke weit auf die Decidua fort. Chorionzotten und Ausläufer derselben ragten stellenweise in die eben beschriebene Gefässmündung hinein.

Zahlreiche Communicationen der Gefässlumina unter einander (vor der Einmündung) und der Bau des Hauptgefässes lassen mich annehmen, dass es sich hier um Venenmündungen handelt. Arterien konnten in dem untersuchten Abschnitte der Tube nicht bis zu ihrer Mündung verfolgt werden, obgleich dieselben sich an einigen Stellen der Decidua näherten, auch theilweise schon in derselben verliefen, wobei gleichfalls ein Schwinden der Muscularis und Adventitia bemerkt wurde. Die Deciduagefässe der Tube scheinen sich somit den utero-placentaren analog zu verhalten, wie dieses auch schon von Klein behauptet wird.

Da bei dem Fehlen einer Reflexa von einer Placenta im Sinne der uterinen keine Rede sein kann, und die Gefässmündungen sich an verschiedenen Stellen der Tuben-Decidua finden, so kann ich mich nur der Ansicht anschliessen nach welcher bei der Tubenschwangerschaft die Decidua vera in ihrer ganzen Ausdehnung an die Stelle einer Placenta tritt.

In Betreff der Diagnose und Therapie seien mir noch einige Bemerkungen gestattet über diejenigen Formen der Tubenschwangerschaft, mit welchen wir es in den Stadthospitälern, deren Klientel fast ausschliesslich aus der weniger intelligenten, arbeitenden Bevölkerungsklasse besteht, zu thun haben; ich meine die Haematocele retrouterina ex graviditate extrauterina und den Tubenabort.

Wie es mit anamnestischen Angaben in der Mehrzahl der Fälle bestellt ist, brauche ich kaum zu erwähnen. Nur selten sind genaue Daten über letzte Menstruation, Auftreten des Tumors im Unterleibe, Abgehen von Gewebspartikeln aus der Scheide etc. zu erhalten. Ebenso häufig wird die Diagnose erschwert durch bedeutende Druckempfindlichkeit und Aufgetriebenheit des Leibes, welche eine exacte gynaekologische Untersuchung illusorisch machen. In solchen Fällen glaube ich die von Landau[20]) bei der Behandlung von Tubensäcken geübte Punction des Tumor bestens empfehlen zu können. Eine Punction mit nicht zu feiner Nadel durch das hintere Scheidengewölbe oder, in sich dazu eignenden Fällen, durch die Bauchdecken, dürfte uns immer über den Charakter der Geschwulst Aufklärung verschaffen und nur in Ausnahmefällen schlechte Folgen nach sich ziehen.

[20]) a. a. O.

Bei der Behandlung der Haematocelen wird häufig ein passives Verhalten empfohlen, es sei denn, dass Fieber einen operativen Eingriff indicirt. Temperatursteigerungen dürfen in solchen Fällen, wie mir scheinen will, nicht entscheidend für unser therapeutisches Handeln sein. Wir besitzen im Fieber, besonders in den verschiedenen Höhengraden desselben, kein absolut sicheres Zeichen für Zersetzungsvorgänge.

Viel bessere Anhaltspunkte haben wir im Verhalten der Haematocele. Tritt bald nach erfolgtem Bluterguss Neigung zur Resorption des ergossenen Blutes auf, so kann ruhig abgewartet werden, verzögert sich diese Selbsthilfe der Natur, treten keine Veränderungen in den Dimensionen des Tumors ein, oder werden sie gar noch grösser, so ist die Zeit gekommen, wo wir handelnd eingreifen müssen.

Die klinische Erfahrung lehrt, dass wenn bei solchen wenig Neigung zur Resorption zeigenden Haematocelen doch schliesslich noch Aufsaugung erfolgt, eine restitutio in integrum fast nicht stattfindet und die Frauen für lange Zeit krank und leistungsunfähig bleiben; meist etabliren sich in dem stagnirenden Blute Zersetzungsvorgänge, welche zu Eiterung und Jauchung führen.

Haben wir so lange gezögert, so ist der geeigneteste Moment verpasst und die ungünstigsten Verhältnisse für eine Operation vorhanden.

Mit Recht ist in neuerer Zeit eine operative Behandlung der Haematocelen empfohlen worden [21]). Meinungsverschiedenheiten bestehen nur darüber, ob dieser Eingriff zweckmässiger von der Scheide aus, oder von der Bauchhöhle her unternommen wird

Vom theoretischen und praktischen Gesichtspunkte aus erscheint es wünschenswerth, dass bei der Operation nach Möglichkeit alles krankhaft Veränderte (Tube, Fruchttheile, Sackwandung) entfernt wird. Durch eine für alle Fälle gleiche Operation diesen Forderungen Genüge zu bieten ist nicht gut möglich und wird daher in jedem einzelnen Falle dasjenige Verfahren gewählt werden müssen, welches den anatomischen Verhältnissen entspricht. Letztere sind bei Haematocelen grösserer Dimensionen, welche die Grenzen des Beckens überschritten und sich im unteren Theile der Bauchhöhle oberhalb der Symphyse etablirt haben, andere als bei kleinen, womöglich nur auf das kleine Becken beschränkten Blutergüssen. Beide der angeführten Paradigmata haben das gemeinsam, dass meist Verklebungen der Därme untereinander und mit dem Haematocelensacke bestehen; während jedoch im ersten Falle die Därme durch den Tumor in die Höhe gedrängt sind und zuweilen schon Verwachsungen der Sackwand mit den Bauchdecken bestehen, liegen die Intestina in letzterem Falle fixirt in der Beckenhöhle. Hieraus folgt, dass bei kleinen Haematocelen ein Vorgehen von der Bauchhöhle aus grosse Schwierigkeiten bereiten und bedeutende Infectionsgefahren involviren muss, während die Entfernung der pathologisch veränderten Theile von der Scheide aus verhältnissmässig leicht und gefahrlos bewerkstelligt werden kann. Grössere Tumoren werden sich mehr zur Laparotomie eignen, weil durch dieselbe eine bessere Orientirung und radicaleres Vorgehen ermöglicht wird, wobei die Bauchhöhle durch die erwähnten Adhäsionen und Schwartenbildungen recht sicher vor Infection geschützt bleibt.

Unter den für die erstgenannte Gruppe von Haematocelen sich eignenden Operationsmethoden ist an erster Stelle die Elytrotomie zu nennen.

Geringe technische Schwierigkeiten und verhältnissmässige Ungefährlichkeit sind die Vorzüge dieses operativen Eingriffes; der dadurch erzielte Effect ist häufig kein ganz befriedigender. Die Incisionswunde im hinteren Scheidengewölbe neigt sehr zur Vernarbung und Retraction; die Oeffnung wird zuweilen auch durch Herabsinken der Portio vaginalis verlegt, wodurch die Tamponade resp. Drainage bedeutend erschwert wird und Secretverhaltung mit ihren Folgen eintritt.

Partielle Resection des Uterus nach Th. Landau [22]) oder Pean's Morcellement dürften für schwierigere Fälle die geeigneteren Operationen sein — persönliche Erfahrungen hierüber habe ich nicht.

Für Laparotomie-Fälle eignet sich sehr gut ein Verfahren, wie es von Dombrowski geübt wird:

Nach den üblichen Vorbereitungen zur Operation wird Pat. in Steissrückenlage gebracht.

Ein in frontaler Richtung geführter Schnitt eröffnet das hintere Scheidengewölbe und durchtrennt die Zellgewebsschichten bis zum Haematocelensack. Tamponade der Vagina mit Jodoformgaze. Pat. wird auf dem Operationstisch nach Trendelenburg gelagert. Schnittführung in der Linea alba zwischen Nabel und Symphyse. Erweist sich nach Durchtrennung der Bauchwand, dass der Tumor mit dem Peritoneum parietale verbacken ist, so wird in den Haematocelensack eingeschnitten; sind keine Verklebungen mit den Bauchdecken vorhanden, so spaltet man, nach vorausgeschickter Orientirung über die Lage des Tumors, Adhäsionen mit den Nachbarorganen etc., die Haematocele und näht die Sackwand in die Bauchwunde ein, um das Abdomen vor Verunreinigung zu schützen. Es folgt Ausräumung der Höhle und Abtragung der pathologisch veränderten Gewebstheile. Ist das Operationsfeld nach Möglichkeit gereinigt, so wird nach Lösung der fixirenden Nähte von der Sackwand so viel entfernt, als es die Verhältnisse gestatten und der eventuell restirende Theil wieder in die Bauchwunde eingenäht.

Der Tampon wird nun aus der Vagina entfernt, eine Kornzange durch die Wundöffnung im hinteren Scheidengewölbe in den untersten Abschnitt der durch die Operation gesetzten Höhle gestossen und ein längerer Gazestreifen von der Bauchwunde aus in die Vagina geleitet, so dass das eine Ende des Tampon sich in der Bauchwunde das andere in der Scheide befindet. Der übrige Theil der Höhle wird mit Gaze austamponirt und die Bauchhöhle bis auf die Oeffnung für die Tampons durch Nähte geschlossen. Beim ersten Verbandwechsel werden die Tampons durch die Oeffnung in der Bauchwunde entfernt und die Höhle gereinigt. Ist es noch erforderlich, so wird abermals tamponirt; meist hat sich jedoch die Höhle schon verkleinert, und der eine von der Bauchwunde aus in die Vagina geführte Tampon genügt, um dieselbe auszufüllen. Der Gazestreifen, welcher in der Folge durch ein gefenstertes Drainrohr ersetzt werden kann, bleibt so lange liegen, bis eine Sequestrirung von Gewebstheilen nicht mehr stattfindet, die Höhle an Dimension bedeutend abgenommen hat und die Eiterung eine mässige ist. Unter diesen Umständen wird der Tampon nur von der Scheide aus eingeführt. Die Bauchwunde heilt per granulationem.

Durch das eben geschilderte Verfahren wird die Nachbehandlung sehr erleichtert. Da die nach der Operation zurückgebliebene Höhle nach 2 Seiten hin drainirt wird, kann keine Stauung des Sekretes resp Eiters stattfinden, ferner können sich häufig noch nachträglich abstossende Gewebspartikel durch die obere Oeffnung bequem und leicht entfernt werden, wie denn überhaupt das Vorhandensein zweier Oeffnungen eine gründliche Spülung möglich macht.

Eine Drainage nach der Scheide bei Laparotomien mit vollständigem Verschluss der Bauchwunde wurde

---

[21]) v. Strauch «Ueber Haematocele» diese Wochenschr. Nr. 52 1890; W. Zweifel. «Ueber Extrauteringravidität und retrouterine Haematocele» in der Festschr. z. 25jährig. Prof.-Jubiläum von Prof. Gusserow.

[22]) «Die Resection des Uterus». Centralblatt für Gynaekol. Nr. 35. 1892.

schon 1881 von **Martin** auf dem VI. internationalen Congress zu London vorgeschlagen und ist seitdem von einigen Gynaekologen, u. A. auch von Zweiffel [23]) geübt worden. v. Ott [24]) hat sich gleichfalls von derselben Idee bei Laparotomien leiten lassen. Das Offenbleiben eines Theiles der Bauchwunde bietet jedoch, wie schon erwähnt, einige Vortheile und möchte ich daher für Fälle, in welchen man gezwungen ist Theile des Haematocelen resp. Tubensackes in der Bauchhöhle zurückzulassen, das Dombrowski'sche Verfahren empfehlen.

Zum Schluss sei es mir noch gestattet in Kürze die Krankengeschichten von 5 im Jahre 1892 nach dieser Methode behandelten Fällen von Haematocele retrouterina anzuführen.

Fall I. Krankenjournal Nr. 885. M. L. 23jährige Bäuerin ist Mutter von 2 Kindern, von welchen das jüngere vor 3 Jahren geboren wurde. Die erste Menstruation trat im 14. Jahre auf, kehrte regelmässig in 4wöchentlichen Intervallen wieder und dauerte 4—7 Tage. Letzte Regel im December 1891 (?). Im Januar sollen besonders am Morgen Uebelkeiten vorhanden gewesen sein; in den ersten Tagen des Februar stellte sich unter wehenartigen Schmerzen Blutabgang ein, welcher bis zur Aufnahme der Pat. andauerte. Beim Auftreten der Blutungen soll Pat. in Ohnmacht gefallen sein, auch soll sie sich noch längere Zeit nachher recht schwach gefühlt haben, so dass sie 1½ Wochen das Bett zu hüten genöthigt war. Mit dem Eintritt der Blutungen hörte auch die Uebelkeit auf.

Status praesens den 2. März 1892. Pat. ist von kräftigem Knochenbau, recht anämisch, Brüste wenig geschwellt, entleeren auf Druck Colostrum-artige Flüssigkeit. Leib etwas gespannt, Unterleibsgegend besonders rechterseits auf Druck empfindlich. Durch die Bauchdecken wird in der rechten Reg. inguinalis ein derb elastischer Tumor gefühlt. Uterus wenig vergrössert, anteflectirt und zur Symphysis oss. pubis gedrängt. Im hinteren Scheidengewölbe ist ein Tumor durchfühlbar, welcher der rechten und hinteren Gebärmutterwand fest anliegt. Auf dieser circa faustgrossen Geschwulst verläuft, vom Fundus uteri ausgehend, in schräger Richtung von vorne nach hinten und lateralwärts ein etwa fingerdicker Strang, welcher mit der tiefer gelegenen Geschwulst verbacken ist. Temperatur normal, Puls etwas schwach, regelmässig. Häufiges und schmerzhaftes Uriniren.

13.—14. März. Das Befinden der Pat. hat sich verschlimmert; sie klagt über die heftigsten Schmerzen im Unterleibe. Der Tumor im Abdomen hat an Dimensionen zugenommen; der wurstförmige Strang ist nicht mehr zu palpiren. Abends treten Temperatursteigerungen auf, welche vom 12. an in ein continuirliches Fieber mit Abendsteigerungen bis zu 39,9° übergehen. Aus den Genitalien entleert sich blutig tingirte Flüssigkeit, seltener reines Blut.

Am 14. März konnte von mir folgender Genitalienbefund aufgenommen werden: Portio vaginalis stark nach oben und vorne gedrängt; äusserer M. M. für eine Fingerkuppe durchgängig; Gebärmutter nach links verdrängt, doch lassen sich die Contouren derselben nicht ganz genau bestimmen. Das hintere und das rechte Scheidengewölbe sind durch einen Tumor herabgedrängt, welcher sich, die Höhle des kleinen Beckens ausfüllend, bis in die Bauchhöhle erstreckt. Obere Grenze desselben circa 3 Querfinger breit unter dem Nabel. Eine Punction durch das hintere Scheidengewölbe und eine zweite durch die Bauchdecken ergeben dunkles, dünnflüssiges Blut.

Pat. willigte in die ihr vorgeschlagene Operation ein, welche am 16. März in der chirurg. Abtheilung von Dombrowski in der oben beschriebenen Weise ausgeführt wurde.

Die vordere Partie der Hämatocelenwand, welche zum grössten Theile bei der Operation entfernt wurde, schliesst die verdickte, vielfach geschlängelte rechte Tube ein, welche mit dem erweiterten abdominalen Ende frei in den Blutsack mündet. Die Tubenwand ist in dieser Partie circa 1 Cm. dick.

Den ersten Tag nach der Operation fieberte Pat. noch, (38,3—38,4°) fühlte sich jedoch verhältnismässig gut. In den darauf folgenden Tagen wurde die Temp. subfebril und kehrte nach weiteren 24 Stunden zur Norm zurück. Beim Verbandwechsel entleerten sich anfangs aus der Bauchwunde bedeutende Eitermengen, welche jedoch nach einiger Zeit weniger reichlich wurden, so dass der Tampon in der Bauchwunde weggelassen werden konnte, worauf schnelle Verheilung und Vernarbung der Wunde erfolgte. Vom 22.—24. April menstruirte Pat. Am 26. April wurde sie mit verheilter Bauch- und Scheidenwunde mit dem Dombrowski'schen Heftpflasterverband entlassen.

Unter dem Mikroskop liess sich in der exstirpirten Tube eine bedeutende Hypertrophie der Bindegewebs- und Muskelelemente der Wandung nachweisen. Bedeutender Gefässreichthum. In der Mucosa zahlreiche mit Blut gefüllte Hohlräume, welche sich als colossal erweiterte Gefässe erweisen. Das Tubenepithel erscheint etwas niedriger und gequollen. In einiger Entfernung vom abdominalen Ende der Tube findet sich, der Schleimhaut derselben fest aufsitzend, ein ca. linsengrosses Blutgerinnsel. Auf Schnitten aus dieser Stelle sieht man unter dem Mikroskop in den tieferen Partien der Mucosa dilatirte, von Blut strotzende Gefässe; einige derselben liegen näher zu dem freien Rande der Schleimhaut; in ihrer Umgebung bedeutende Infiltration des Gewebes mit Blutkörperchen. An der Stelle, wo das Blutgerinnsel sich befindet, fehlt das Epithel. Es handelt sich hier offenbar um einen Bluterguss in das Lumen der Tube nach Berstung eines der erweiterten Blutgefässe der Schleimhaut. Chorionzotten habe ich nirgends nachweisen können.

Fall II. Krankenjournal Nr. 1065. K. L. Soldatenfrau 39 a. n. hat 4 mal geboren; die letzte Geburt erfolgte vor 4 Jahren. Nach dem letzten Wochenbette will sie 8 Monate an Haemorrhoiden gelitten haben, im Uebrigen stets gesund gewesen sein. Die Menses traten im 14. Lebensjahre auf und sind nach der letzten Geburt regelmässig alle 3 Wochen eingetreten und haben 7 Tage gedauert. Letzte regelmässige Menstruation vor 6 (?) Monaten. Bald nach der letzten Menstruation erkrankte Pat. plötzlich (Angaben des Mannes); sie fiel in Ohnmacht und war längere Zeit bewusstlos. Aus diesem Zustande erwachte sie mit den heftigsten Schmerzen, welche sich nur nach einer subcutanen Morphiuminjection, die von einem hinzugerufenen Arzte gemacht wurde, etwas milderten. Von dieser Zeit an leidet Pat. an häufigen Schwindelanfällen. Die letzten 3 Monate wurde fast beständig geringer Blutabgang beobachtet.

Stat. pr. den 14. März. Kräftige Brünette von blasser Hautfarbe. Unterleib etwas aufgetrieben und sehr schmerzhaft. Uterus vergrössert, normal anteflectirt, wenig beweglich und von derber Consistenz. Blutige Ausscheidung aus den Genitalien. Durch das rechte und hintere Scheidengewölbe ist ein Tumor zu fühlen, welcher ungefähr kindskopfgross ist, sich fast garnicht dislociren lässt und eine teigig-elastische Consistenz besitzt. Temperatur und Puls normal.

15.—28. März. Blutige Ausscheidungen dauern fort. Empfindlichkeit des Tumors recht bedeutend; die Dimensionen desselben sind unverändert geblieben. Temperatur normal. Pat. wird in die chirurg. Abtheilung übergeführt und am 29. März von Dombrowski operirt.

Nach Eröffnung des Peritoneum findet man den Uterus nach links verlagert; rechts und theilweise auch hinter demselben liegt ein Tumor, welcher an seiner oberen und hinteren Fläche fest mit Darmschlingen verbacken ist. Die rechte Tube geht auf die Geschwulst über und verliert sich in derselben. Linkerseits besteht eine Haematosalpinx, welche mit dem Tumor rechterseits stellweise fest verbacken ist. Nach Durchtrennung der Haematocelenwand präsentirt sich ein zweiter Sack, nach dessen Eröffnung ein mit Blutgerinnseln erfüllter Hohlraum sichtbar wird. Entfernung der Blutgerinnsel und der dieselben umgebenden Schwarten. Nach Unterbindung der rechten Tube wird ein Theil derselben, das rechte Ovarium und ein Stück der Sackwand entfernt. Exstirpation der Haematosalpinx der linken Seite. Tamponade der Höhle.

Der Krankheitsverlauf nach der Operation bietet keine Besonderheiten dar. Temperatursteigerungen fanden nicht statt. Die anfänglich recht bedeutende Eiterung wurde allmählig geringer, so dass eine Vernarbung der Bauchwunde angestrebt werden konnte. Pat. erholte sich gut, nahm bedeutend an Körpergewicht zu. Nachdem auch die Scheidenwunde vernarbt war, wurde sie am 26. Juni als geheilt mit einem Heftpflasterverbande entlassen.

Die bei der Operation entfernte Gewebspartie enthält die geschlängelt verlaufende, nicht wesentlich verdickte Tube und ein cystisch degenerirtes Ovarium. Beide Adnexe des Uterus sind in eine Gewebsmasse eingebettet, welche stellenweise eine Dicke von 1—1½ Cm. erreicht und zum grössten Theil aus Bindegewebe besteht. Mikroskopisch lässt sich in der Schleimhaut der Tube stellenweise Bildung von Deciduazellen nachweisen. Das Tubenepithel trägt an solchen Stellen den Charakter eines cubischen Epithels. Gefässentwickelung in der Mucosa und Muscularis bedeutend. In einem der Wand anhaftenden kleinen Blutgerinnsel ist der Querschnitt einer Chorionzotte sichtbar.

Fall III. Krankenjournal Nr. 1266. M. A. 26jährige Bäuerin wurde am 30. März in die gyn. Abtheilung aufgenommen. Sie klagt über heftige Schmerzen im Unterleibe und erschwertes Harnlassen. Pat. hat 1 mal vor 7 Jahren geboren; seitdem ist sie stets gesund gewesen. Menstruirt vom 17. Jahre an alle 4 Wochen 4 Tage lang. Die letzten zur Zeit eingetretenen Menses will sie kurz vor ihrem Eintritt ins Hospital gehabt haben.

---

[23]) a. a. O.

[24]) «Einige technische Modificationen der Tamponade der Bauchhöhle». Centralblatt für Gynaekologie 1892. Nr. 32.

Bei der gynaekologischen Untersuchung wurde der vergrösserte Uterus stark an die Symphyse gedrängt gefunden. Der hintere Douglas ist von einer elastischen, sehr schmerzhaften Geschwulst ausgefüllt; eine genaue Bestimmung der Grenzen derselben ist unmöglich. Temperatur normal. Puls befriedigend. Mässige blutige Ausscheidung aus der Gebärmutter.

Auf Eis und Opiate nahm die Empfindlichkeit des Leibes ab. Da aber keine Verkleinerung des Tumors bemerkbar war und einmal die Abendtemperatur 38,5° betrug, wurde eine Punction des Tumors durch das hintere Scheidengewölbe ausgeführt, wobei dunkles flüssiges Blut entleert wurde. Pat. entschloss sich nicht sogleich zur Operation, willigte schliesslich aber doch in dieselbe ein und wurde am 15. April von Dombrowski operirt.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle und Lösung einiger adhaerirender Darmschlingen erweist es sich, dass der Fundus uteri und die verdickte Tube fest mit dem Darme verbacken sind. Die Tube wird nahe am Uterus abgebunden, worauf es gelingt den Eileiter und das Ovarium aus den Verklebungen herauszupräpariren. Die Tube ist mit ihrer abdominalen Oeffnung zum Douglas hin gerichtet und mündet hier in einen circa apfelgrossen Blutsack, aus welchem alte Blutgerinnsel und flüssiges Blut entleert werden. Die Haematocelenwand wird nach Möglichkeit entfernt und die Bauchhöhle in der oben angegebenen Weise tamponirt.

Nach der Operation war Pat. vollständig fieberfrei; die Eiterung war nicht bedeutend, die Wunden vernarbten gut, und Pat. wurde am 1. Juni mit einem Heftpflasterverbande nach Hause entlassen.

Die exstirpirte Tube ist verdickt und stark geschlängelt; ungefähr in der Mitte derselben befindet sich eine etwa haselnussgrosse Anschwellung. Auf einem Längsschnitte sieht man, dass das Lumen der Tube sich an dieser Stelle allmählig erweitert und dass in der dadurch gebildeten Höhle ein festes Blutgerinnsel der Tubenwand aufsitzt. Das Orif. tubae abdominale klafft weit. Im erwähnten Blutgerinnsel lassen sich unter dem Mikroskope deutliche Chorionzotten nachweisen.

Fall IV. Krankenjournal Nr. 1276. M. A. 32 a. n. hat weder geboren noch abortirt. Erste Menses im 16. Jahre, sind regelmässig in 4 wöchentlichem Typus wiedergekehrt. Die letzte Menstruation war Anfang März, die Blutung hörte jedoch nicht wie gewöhnlich nach 4 Tagen auf, sondern dauerte bis zur Aufnahme der Pat. ins Hospital, welche am 31. März erfolgte.

Pat. klagt über heftige Schmerzen im Leibe, Uebelkeiten, Schwindel und bedeutendes Schwächegefühl.

Die recht wohl genährte Frau sieht etwas anämisch aus; der Puls ist leicht unterdrückbar 120 Schläge in d. M. Aus den Brüsten entleert sich Colostrum-ähnliche Flüssigkeit. Der Leib ist aufgetrieben, bei Berührung sehr schmerzhaft. Port. vaginalis schlaff, etwas vergrössert, desgleichen der Uterus, welcher nach rechts und oben dislocirt ist. Im Douglas ein über faustgrosser Tumor. Eine Punction desselben durch das hintere Scheidengewölbe ergiebt eine dunkele, blutige Flüssigkeit. Die Körpertemperatur der Pat. war bei der Aufnahme am Morgen eine subfebrile. Abends waren geringe Erhöhungen bis 38—38,5° vorhanden. Nach Verlauf weniger Tage wurde das Fieber ein continuirliches, der Tumor veränderte sich in seinen Dimensionen garnicht und Pat. wurde daher am 13. April von Dombrowski laparotomirt. Der Schnitt in der Linea alba, welcher bis zum Nabel geführt wird, eröffnet nur im obersten Abschnitte die Bauchhöhle; im unteren Theile bestehen feste Verklebungen der Haemotocele mit den Bauchdecken, so dass dieselbe durch den Schnitt eröffnet wird. Der Blutsack breitet sich hauptsächlich hinter dem an die Symphyse gedrängten Uterus aus. Die rechte Tube mündet in den Sack; sie wird unterbunden und mit einem Theile der Sackwand exstirpirt.

In den ersten Tagen nach der Operation fieberte Pat. noch bis 38,5°; nachdem sich aber einige Gewebsfetzen abgestossen hatten, hörte das Fieber auf, die Eiterung wurde gering und konnte Pat. am 25. Juni als geheilt mit einem Heftpflasterverbande entlassen werden.

Das Präparat enthält ein Stück der Tube, deren abdominale Oeffnung fest mit der Sackwand verwachsen ist und direct in die Haemotocele übergeht. Bei der mikroskopischen Untersuchung wurde eine Zunahme hauptsächlich der bindegewebigen Elemente der Tubenwand und mässige Gefässentwickelung in derselben constatirt. Veränderungen des Tubenepithels sowie Chorionzotten wurden nicht gefunden.

Fall V. Krankenjournal Nr. 1145. J. A. 26 a. n. hat 3 mal geboren und vor einigen Jahren 1 mal abortirt. Letzte regelmässige Menses im Januar 1892. Die darauffolgende Menstruation im Februar verspätete um mehrere Tage und es stellte sich am 24. Februar ein blutiger Ausfluss aus den Genitalien ein, welcher bis zur Aufnahme der Pat. (18. März) andauerte. Zeitweise will Pat. Uebelkeiten und besondere Gelüste gehabt haben, welche mit dem Eintritt der Blutungen verschwanden.

Status praes. Kräftige Blondine. Brüste mässig geschwellt, enthalten Colostrum, Leib etwas aufgetrieben, etwas schmerzhaft. Bei der combinirten Untersuchung wird direct durch das linke Scheidengewölbe ein Tumor gefühlt, dessen Contouren sich nicht genau bestimmen lassen, weil Pat. bei der leisesten Berührung starke Schmerzen empfindet. Portio vaginal. weich, vergrössert, an der vorderen Lippe ein erbsengrosser Schleimpolyp, welcher entfernt wird. Temp. 37,9—37,6°. Puls kräftig. Am 19. März Abends bekommt Pat. auf dem Nachtstuhle sitzend einen Ohnmachtsanfall. Sie wird fast pulslos ins Bett gebracht. Haut und sichtbare Schleimhäute anämisch, Leib bedeutend aufgetrieben, sehr schmerzempfindlich. Percutorisch lässt sich im Unterleibe eine Dämpfung bestimmen, deren obere Grenze ungefähr 3 Querfinger breit über der Symphyse steht. Uebelkeiten, Aufstossen, kleiner frequenter Puls 110—114 in d. M. Blutig schleimiger Ausfluss aus der Gebärmutter. Am 23. März wird die in toto ausgestossene Decidua aus der Vagina entfernt. Temperatur subfebril. Das Allgemeinbefinden der Pat. hat sich ein wenig gebessert, der Puls ist kräftiger. Obgleich Pat. auf einen operativen Eingriff nicht eingeht, wird sie dennoch in die chirurg. Abtheilung übergeführt, um im Falle einer nochmaligen intra-abdominellen Blutung sofort operirt werden zu können. Der Zustand der Pat. besserte sich in den darauf folgenden Tagen, sie wurde weniger anämisch und die Aufgetriebenheit des Leibes nahm ab. Bei nochmaliger Untersuchung fand ich die Portio vag. ein wenig verkürzt, äusseren Muttermund für einen Finger durchgängig, Uterus dem 2. Schwangerschaftsmonat entsprechend vergrössert und nach rechts dislocirt. Links und rechts von der Gebärmutter befindet sich eine teigig elastische Geschwulst, welche ungefähr bis zur Nabelhöhe reicht. Die Temp. sind am Morgen meist normale, Abends subfebrile. Eine Verkleinerung des Blutergusses ist nicht bemerkbar. Am 1. April tritt Fieber ein, die Temp. schwanken zwischen 38,4 und 39,9°. Pat. fühlt sich schlecht und entschliesst sich nach langem Zögern zur Operation, welche von mir am 6. April ausgeführt wurde. Nach Durchtrennung der Bauchdecken erwies es sich, dass die Haematocele schon mit den Bauchdecken verklebt war. Der Sack wurde breit eröffnet und aus demselben bedeutende Mengen sowohl flüssigen als geronnenen Blutes entleert. Im Haematocelen-Sacke fühlt man darauf zwei derbere Gewebsstücke von welchen das eine der Innenfläche der Sackwand anliegt (Ovarium) während das andere in die Höhle hineinhängt (Tube). Beide Gewebsstücke werden nach Unterbindung entfernt, die Höhle gründlich gereinigt und tamponirt.

Nach der Operation war Pat. vollständig fieberfrei und erholte sich gut. Die Eiterung war anfangs recht bedeutend, doch erfolgte verhältnissmässig schnell eine Verkleinerung der grossen Höhle. Am 22. Mai wird Pat. geheilt entlassen.

Das entfernte Stück der Tube ist in Pseudomembranen eingehüllt, die Tube selbst bedeutend verdickt. Ungefähr 6 Cm. von der abdominalen Oeffnung entfernt, erweitert sich plötzlich das Lumen der Tube, während die Wandungen in diesem Abschnitte etwas dünner als in dem übrigen Theile des Eileiters sind. Die Schleimhaut ist röthlich-braun verfärbt, grössere Blutgerinnsel haften derselben nicht an.

Mikroskopischer Befund: Das gut erhaltene Tubenepithel ist von einer dünnen Schicht in Organisation begriffenen Blutes bedeckt. In der Mucosa beginnt stellenweise Bildung von Deciduazellen. Bei genauerer Durchmusterung der die freie Oberfläche der Schleimhaut bedeckenden Blutschichten finden sich zuweilen runde oder ovale Gebilde, welche den Farbstoff schlecht annehmen. Sie besitzen einen etwas dunkleren homogenen Randstreifen, in welchem zuweilen noch eine Lage unregelmässiger, den Farbstoff noch annehmender Kerne sichtbar ist, und ein farbloses bald körniges, bald streifiges Centrum. Zuweilen finden sich in dieser nicht mehr als organisirtes Gewebe anzusehenden Masse noch einige längliche, nicht gefärbte Kerne. Es handelt sich hier höchst wahrscheinlich um Querschnitte von Chorionzotten, welche in Folge schlechter Ernährungsverhältnisse der regressiven Metamorphose verfallen sind — Veränderungen wie sie von Keller [25]) zutreffend geschildert werden.

Von den soeben beschriebenen 5 Fällen von Haematocele retrouterina sind 3 mit Sicherheit auf Tubenschwangerschaft zurückzuführen. In keinem dieser Fälle war es zu einer Continuitätstrennung in der Tubenwand gekommen; das Blut muss sich folglich durch das orif. abdominale in die Bauchhöhle ergossen haben. In 2 Fällen gelang es nicht die Ursache der Blutung festzustellen.

Wie wichtig und interessant der Nachweis des ursächlichen Momentes einer Haematocelenbildung in mancher Hinsicht auch sein möge, für die Therapie wird derselbe

---

[25]) «Zur Diagnose der Tubengravidität». Zeitschrift f. Geb. und Gyn. Bd. 19.

meist von nebensächlicher Bedeutung bleiben. Verzögerte Resorption des ergossenen Blutes, beginnende Eiterung oder Jauchung des Haematoceleninhaltes und continuirliches die Kräfte der Pat. schnell decimirendes Fieber werden in der Behandlung der Haematocele Ausschlag gebend sein und wie in vorliegenden Fällen einen operativen Eingriff indiciren.

Der Erfolg der Operation wird, wie diese Fälle zeigen, zum grössten Theile von den Abflussverhältnissen bedingt werden, welche nach Möglichkeit günstig zu gestalten sind.

Referate.

Edwin Klebs (Professor): Zur Pathologie und Therapie der Cholera asiatica. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43 u. 44).

Verf. suchte der Frage näher zu treten, ob analog den früheren, mit den Produkten der Tuberkelbacillen angestellten Versuchen heilende Substanzen zu isoliren, auch aus den Culturen der Choleravibrionen bactericide Stoffe isolirt werden können. Die von ihm und Dr. Libbertz angelegten Massenculturen von Choleravibrionen wurden sterilisirt, filtrirt und auf dem Wasserbade concentrirt. Durch Ausfällung mit absolutem Alcohol wurden die toxischen Substanzen, wie Thierversuche zeigten, ausgeschieden; der übrig bleibende Rest, von Klebs mit dem Namen «Anticholerin» bezeichnet, sollte auf seine bactericide, heilende und immunisirende Fähigkeit geprüft werden. (Von den Höchster Farbwerken ist das Anticholerin in concentrirtem Zustande hergestellt). Zunächst wurde versucht, ob durch Hinzufügen sehr geringer Mengen des Anticholerins zu festen Nährsubstraten die Entwickelung von später aufgetragenen Cholerabacillen verhütet werden könne. Es genügte nun von einer Anticholerinlösung, welche etwa einem Tropfen des conc. Präparates entsprach, dem Inhalte eines Reagensröhrchens hinzuzufügen, um den Nährboden unfähig, Choleravibrionen zur Entwicklung gelangen zu lassen, zu machen. Auch auf bereits entwickelte Cholerabacillenculturen wirkte das Anticholerin insofern ein, als ein Stillstehen des Wachsthums und weiterhin eine vollkommene Involution der Culturen erzielt werden konnte. — Um sich von der Giftlosigkeit des Anticholerins zu überzeugen, brachte Klebs Meerschweinchen durch subcutane Injectionen 1 Ccm. der Substanz bei; die Thiere blieben am Leben und zeigten keine krankhaften Veränderungen. Alsdann injicirte Verf. 0,5 Ccm. sich selbst und einem Collegen. Mit Ausnahme einer geringen Temperatursteigerung (von 36,6 auf 37,6) und leichten Fröstelns wurde nichts Krankhaftes beobachtet. Die Unschädlichkeit der Substanz wurde ferner durch die viel höheren Gaben bewiesen, welche Cholerakranken injicirt wurden (bis zu 9 Ccm.). Es galt nun weiter zu prüfen, ob die prophylaktisch mit Anticholerin behandelten Thiere widerstandsfähig gegen die Choleravibrionen und ob bereits erkrankte, d. h. inficirte Thiere mittelst Anticholerin hergestellt werden können. Leider sind in dieser Richtung noch wenige Thierversuche angestellt worden. Dieselben ergaben nach Verf. das Resultat, dass «ebenso, wie gegenüber den Choleravibrionen im Reagensglase und gegenüber der peritonealen Infection, die Wirkung des Anticholerins auch bei vom Darm aus inficirten Meerschweinchen zur Wirkung gelangt».

Nach diesen Vorprüfungen wurde die von Klebs hergestellte Substanz zu Versuchen an Patienten des allgemeinen Krankenhauses in Hamburg-Eppendorf (Director Prof. Rumpf) verwendet, und zwar wurden nur schwere Fälle von asiatischer Cholera mit dem Anticholerin behandelt. Die einzelnen Beobachtungen werden von Dr. Manchot (dem Leiter der betreffenden Baracke) publicirt werden. Von vorneherein war ein Erfolg nur dann zu erwarten, wenn eine nicht zu kurze Krankheitsdauer die Wirkung des Mittels zur Entfaltung gelangen lässt. Wenn es gelingt Zeit zu gewinnen, um auf die Krankheitsursache zu wirken, dann ist, nach Verf., der geeignete Boden für die Anwendung des Anticholerins gefunden. In Fällen, wo recht schwere Erscheinungen von Cyanose und Intoxication vorhanden, der Puls kaum fühlbar, fadenförmig, starke Muskelkrämpfe vorhanden waren, schien das Mittel zu helfen. Namentlich konnte man beobachten, dass die bedeutend gesunkene Temperatur unter dem Einflusse der alle 2—3 Stunden gemachten Injectionen von 1 Ccm. der starken Lösung, sehr oft ein regelmässiges Ansteigen erfuhr. Ueberhaupt konnte man in allen mit Anticholerin behandelten Fällen constatiren, dass die Körperwärme günstig beeinflusst wurde, ferner fehlten die höchst bedrohlichen Typhoide und nephritischen Zustände.

Bezüglich der Pathologie und Pathogenese der Cholera erwähnt Klebs zu Anfang seiner Mittheilung, dass das Wasser höchst wahrscheinlich der Träger des virus sei. Dafür sprechen sowohl die Erfahrungen in den früheren Epidemien, als auch die der diesjährigen: die weite und plötzliche Ausbreitung der Infection in einer grossen Stadtbevölkerung, die vorzugweise Erkrankung der Wasser trinkenden Einwohner, in Hamburg die von Koch in ihrer Entstehung sehr wahrscheinlich gemachte Infection der Wasserleitung von der Elbe her, vor allem aber die erfolgreiche Bekämpfung der Krankheit durch Ausschliessung der inficirten Wasserläufe vom Gebrauche, lassen nach Verf. kaum einen Zweifel darüber bestehen, dass auf diesem Wege die Verbreitung der Krankheit erfolgt.

Verf. lenkt ferner die Aufmerksamkeit auf den eigenthümlichen anatomischen Befund bei der asiatischen Cholera, welcher die Diagnose erhärten kann, bevor noch die bacteriologische Untersuchung zu Ende geführt ist: es ist die weissgraue, festanhaftende Schleimlage, welche in den allerfrischesten Fällen stets die Dünndarmschleimhaut bedeckt und sonst nur bei Trichinose vorkommt, ferner die charakteristischen Nierenveränderungen (Nekrose eines Theils der gewundenen und graden Kanälchen der Nierenrinde).

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

S. L. Schenk: Grundriss der Bakteriologie für Aerzte und Studierende. Mit 99 theils farbigen Holzschnitten. Verl. von Urban und Schwarzenberg Wien und Leipzig 1893. Preis 7 M.

Die Zahl der bakteriologischen Lehr- und Handbücher ist in stetem Wachsthum begriffen und es fällt schon jetzt nicht leicht gegebenen Falles ein bestimmtes derselben dem Anfänger zu empfehlen. Auch der soeben erschienene Grundriss von Prof. Schenk gehört entschieden zu den empfehlenswerthen. Der Verf. selbst sagt in der Vorrede: «Das vorliegende Buch soll dem Studierenden und dem Arzte ein Führer durch die Bakteriologie sein» und wir müssen zugestehen, dass der ganze Zuschnitt desselben es in der That so recht zu einem sicheren Führer stempelt. Keine breiten Auseinandersetzungen, keine theoretisirenden Abschweifungen. Das bisher in der Bakteriologie Errungene ist knapp und klar dargestellt und in ganz kurzen übersichtlichen Kapiteln abgehandelt. Zahlreiche gute Illustrationen sparen Worte und erleichtern das Verständniss. Die Anordnung des Stoffes ist folgende: Zunächst einige allgemeine Abschnitte über Morphologie und Biologie der Mikroorganismen (unter Anderem sind hier Capitel dem Stoffwechsel der Bakterien, dem Einfluss der Bakterien auf die Gewebe, den Protozoen gewidmet) über Sterilisation, über Apparate und Reagentien, über die Nährmaterialien (auch die selteneren), über Züchtungsmethoden, über die mikroskopische Untersuchung und über den Thierversuch. Hierauf beginnt der speciellere Theil der nach den einzelnen Medien (Luft, Wasser, Boden, Nahrungsmittel, Eiter, einzelne Organe und Körperhöhlen etc.) welche Gegenstand der bakteriologischen Analyse werden können, gegliedert ist. Bei jedem Medium schliesst sich an die Angabe des erforderlichen Untersuchungsverfahrens, die Aufzählung und Beschreibung der wichtigsten vorkommenden Bakterien. Den pathogenen Mikroben ist besondere Sorgfalt zugewendet worden. Ein sehr detaillirtes Inhaltsverzeichniss und ein Sachregister erleichtern das Nachschlagen. Nach alledem ist der neue bakteriologische Grundriss in denjenigen Fällen wohl zu empfehlen, wo ein practischer Leitfaden für den Laboratoriumsgebrauch gesucht wird. Es sei nur noch hinzugefügt, dass das Büchlein (Octavformat, 200 Seiten) sehr handlich ist und eine der Verlagshandlung würdige Eleganz in der Ausstattung aufweist.

Wladimiroff.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 27. October 1892.

1. Herr Hellat demonstrirt das makroskopische Präparat eines mit Pyoktanin-Injectionen behandelten Sarkoms des Oberschenkels. An den Stellen, wo injicirt worden ist, sieht man Zerfallsheerde in Form von Lakunen. Ferner stellt H. einen Patienten mit einem Carcinom der rechten Wange vor, welcher gleichfalls mit Pyoktanin behandelt wird. Die Geschwulst ging von der Wangenschleimhaut aus, wurde am 5. Aug. d. J. operirt, recidivirte aber bald und perforirte nach aussen in Form einer blumenkohlähnlichen Geschwulst. Das Pyoktanin wurde in letzter Zeit täglich in Substanz auf die Geschwulst gebracht; letztere schwindet zusehends, ohne zu jauchen, unter Abstossung trockner Schorfe.

Inbetreff des in der vorigen Sitzung vorgestellten Kranken theilt H. mit, dass bei demselben die Anschwellungen in der Submaxillargegend wiederum zugenommen haben. Nach erneuten Injectionen von Pyoktanin ist eine umschriebene Eiterung eingetreten, vielleicht dadurch entstanden, dass eine spirituöse Lösung benutzt wurde. Nachträglich ist zu bemerken, dass die gesättigte wässerige Lösung des Mittels 1 Theil auf 300 Aq. enthält.

Herr Tiling hat sowohl das blaue wie auch das gelbe Pyoktanin in manchen Fällen von inoperablen Sarkomen und Carcinomen versucht, aber immer ohne Erfolg. Lakunenbildung an den Injectionsstellen (durch nekrotischen Zerfall des Gewebes) hat er auch beobachtet. T. erinnert bei dieser Gelegenheit an die scheinbaren Besserungen, die man zuweilen auch mit anderen local applicirten Mitteln erzielt (z. B. mit Natron bicarbonic. bei Ulcus rodens.).

Herr Wanach hat in einem Falle von inoperablem Mammacarcinom das Pyoktanin in Substanz angewandt. und in einem andern von Carcinom der Parotis Injectionen in die Geschwulst gemacht, aber beides ohne Erfolg.

2. Herr Petersen hält einen zum Druck bestimmten Vortrag «Ueber die Mikroorganismen des Ulcus molle».

Secretär: E. Blessig.

Dr. Friedrich Herrmann †.

Am 15. November verschied hierselbst im 82. Lebensjahr, Dr. Friedrich Herrmann, der in der medicinischen Welt zu den angesehensten, vielgesuchten Aerzten gehörte, und unter seinen Collegen als ein bewährter, beliebter Berufsgenosse sich des besten Rufes erfreute, und durch seine Theilnahme an den Arbeiten mehrerer philanthropischen Anstalten im Publicum als Menschenfreund in hoher Achtung stand. Unermüdlich war er in seiner anstrengenden practischen Thätigkeit, und nicht weniger im Streben sich auf der Höhe der fortschreitenden Wissenschaft zu erhalten; besonders anzuerkennen war die allgemeine medicinische Bildung die zu erweitern er stets beflissen war, ohne sich durch eine Specialität zu enge Grenzen zu setzen. Das reiche Material, das ihm in ausgebreiteter Praxis und besonders im Obuchow-Hospital zu Gebote stand, gab ihm die Möglichkeit zu allgemeinen übersichtlichen Beobachtungen die er wissenschaftlich bearbeitete und publicirte, und darunter namentlich Gruppen endemischer und epidemischer Krankheiten. So hat er fast 60 Jahre als Arzt und Menschenfreund segensreich zum unberechenbaren Nutzen und Heil seiner Mitbürger gearbeitet, wobei ihm glücklicher Weise eine aussergewöhnliche geistige und körperliche Rüstigkeit und Leistungsfähigkeit zu Statten kam, die erst im fortschreitenden Greisenalter abgeschwächt wurden. In vollem Maasse genoss er das Glück eines musterhaften Familienlebens und hinterliess die tief um ihn trauernde Wittwe, Kinder, Enkel und Urenkel.

Fr. Herrmann wurde am 22. März 1811 geboren, seine Eltern waren aus Deutschland eingewandert; nach absolvirter Petri-Schule trat er. als 14 jähriger Jüngling in die Gödicke'sche Apotheke als Lehrling, 1825—1829, dann als Student in die medico-chirurgische Akademie, die er 1833 als Arzt verliess, mit der Auszeichnung einer silbernen Medaille. In demselben Jahre trat er als Supernumerär-Ordinator ins Obuchow-Hospital ein, aus dem er erst als Greis nach 57jährigem, erfolgreichem Dienste ausschied, nachdem er alle Grade des Hospital-Dienstes durchgemacht hatte. 1857 wurde er Oberarzt der weiblichen, 1862 der männlichen Abtheilung. Im Sommer 1865 bekam er den ehrenvollen Auftrag, die Meningitis cerebrospinalis epidemica in Deutschland zu studiren; seine Erfahrungen darüber hat er im X. Bande der St. Petersburger Medicinischen Zeitschrift publicirt; in demselben Jahre wurde er wirkl. Staatsrath: 1871 erhielt er den Stanislaus-Stern, 1876 eine Arrende und den Annen-Stern, 1878 wurde er in den Medicinalrath berufen, 1879 erhielt er für seine Verdienste um die Ausbildung barmherziger Schwestern den St. Wladimir-Orden 2. Klasse, 1883 wurde er Geheimrath; am 9. September 1883 erhielt er zu seinem 50jährigen Dienstjubiläum den weissen Adler-Orden. Am 24. October 1884 leitete er noch das Fest des 100jährigen Jubiläums des Obuchow-Hospitals; im Juni 1890 nahm er seinen Abschied als Oberarzt. Sieben und fünfzig Jahre seines Dienstes und schwerer, aufopferungsvoller Arbeit an derselben Stelle, — in den wenigen Worten liegt viel. Ein Mann, der das von sich sagen konnte, der musste wohl ein ganzer Mann sein, und sein Name kann nur mit Hochachtung genannt werden.

Neben seiner Thätigkeit im Hospital und seiner ausgebreiteten Praxis, war H. auch anderweitig von Anstalten der Humanität in Anspruch genommen.

Seit 1862 war H. Kurator an der Philanthropischen Gesellschaft, seit 1865 Kurator am Kinderasyl der Grossfürstin Olga Nikolaewna. Ausserdem betheiligte sich H. eifrig am medicinischen Vereinsleben, mit reger wissenschaftlicher und schriftstellerischer Thätigkeit. Dem Deutschen ärztlichen Vereine gehörte er seit 1857 an, nachdem er eine Reihe von Jahren Secretair desselben gewesen, wurde er 1874 Director desselben, bis 1889. Er war Mitglied des Pirogow'schen chirurgischen Vereins und der Gesellschaft für den Schutz der Volksgesundheit, war 1859 Mitbegründer des allgemeinen Vereins practischer Aerzte in St. Petersburg, und 1858—64 Mitglied einer privaten medicinischen Gesellschaft. Um den Umfang seiner literärischen Arbeiten mit Ziffern zu belegen, können wir 31 grössere in Fachblättern abgedruckte Abhandlungen anführen, als die bedeutendsten: Ueber febris recurrens, Scorbut, den Missbrauch geistiger Getränke, Diagnose des Anthrax intestinalis etc.

Im Verein deutscher Aerzte hat er die ansehnliche Zahl von 20 schriftlichen und 158 mündlichen Vorträgen gehalten, wahrlich eine respectable Productivität, die auch volle Anerkennung der Collegen der Gegenwart gefunden hat, und auch der Nachwelt finden wird.

Zu Herrmanns 50jährigem Dienstjubiläum wurde eine chronologisch geordnete Sammlung seiner schriftlichen Abhandlungen und mündlichen Vorträge, mit der jedesmaligen Angabe des Journals, in dem es veröffentlicht ist, als Brochüre gedruckt, unter dem Titel: «Hermanniana, Erinnerungen aus 50jähriger Praxis».

So soll denn das Andenken an den aus unserer Mitte geschiedenen hochgeschätzten und geehrten Freund und Collegen, den Altmeister unserer ärztlichen Corporation, dessen reiches Leben den Werken der Humanität gewidmet war, und der schönsten Erfolge sich zu erfreuen hatte, stets in Ehren gehalten werden.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Hiller empfiehlt als vorzügliches Antisepticum das von Hueppe sogenannte Solveol, welches eine neutrale wässerige Lösung von verschiedenen Kresolen (den erst bei 185—205° C. flüchtigen Destillationsproducten des Theers) darstellt. Die wässerige Lösung dieser sonst unlöslichen Körper wird durch salicylsaures oder kresotinsaures Natron hergestellt. Das Solveol kommt als braune Flüssigkeit in den Handel, die in 37 Ccm. 10 Gr. freies Kresol enthält. Eine Verdünnung von 37 Ccm. der Flüssigkeit mit 1 Liter gewöhnlichen Wassers giebt mithin eine 1 pCt. Kresol enthaltende Lösung, deren desinficirende Wirksamkeit derjenigen einer 5 pCt. Carbollösung gleichkommt. In der Regel braucht man nur halb so starke Lösungen. Das Solveol soll nicht giftig sein, nicht ätzen, Metalle nicht angreifen und hat sich Hiller bei Ozäna, jauchiger Cystitis, Empyema Pleurae und bei andern Krankheiten sehr gut bewährt. Vor Creolin und Lysol hat es den Vorzug, dass es mit Wasser klare Lösungen giebt.

(Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 37).

— Um das Verrosten von Stahlinstrumentes zu verhindern stellt man in den Schrank oder Kasten, in welchem sie sich befinden, eine Flasche mit Glastrichter, auf den man einige Stücke Calciumchlorid legt. Diesen zieht alle Feuchtigkeit aus der umgebenden Luft an. Mit einer Beschickung des Trichters reicht man monatelang aus.

(D. Med. Z. Nr. 86. — D. Am. Ap. Z.).

Vermischtes.

— Der Professor der speciellen Pathologie und Therapie an der militär-medicinischen Academie Dr. Nilus Ssokolow und der Gehülfe des Oberarztes des Obuchow-Hospitals Dr. A. A. Trojanow sind vom Medicinalrath zu berathenden Mitgliedern gewählt worden.

— Bei der militär-medicinischen Academie haben sich mit Genehmigung der Conferenz der Academie als Privatdocenten habilitirt: Dr. Blumenau — für Nerven- und Geisteskrankheiten; Dr. Massen — für Gynäkologie und Geburtshülfe; Dr. N. Kusskow (Prosector am Marienhospital) — für pathologische Anatomie.

— Verstorben: 1) Am 17. October der Landschaftsarzt des Jekaterinburgschen Kreises (Gouv. Perm), Peter Uggla, im 30. Lebensjahre am Flecktyphus. 2) Am 17. November in Moskau der ältere Ordinator des Gefängniss-Hospitals, Staatsrath K. N. Mjeschkow, im 57. Lebensjahre. 3) Am 12. October im Kreise Pawlowsk (Gouv. Woronesh) der Landschaftsarzt Tichon Lewaschew an Diphtherie im 29. Lebensjahre. Obschon der Hingeschiedene erst eine verhältnissmässig kurze Zeit die Praxis ausübte — er hat im J. 1889 den Cursus in Kasan absolvirt — so hat er doch während seines Landschaftsdienstes zweimal den Abdominaltyphus und einmal den Flecktyphus durchgemacht und ist schliesslich an Diphtherie, mit welcher er sich bei seinen Kranken inficirt hatte, zu Grunde gegangen. Der Verstorbene hinterlässt seine Mutter und eine verwittwete Schwester mit einem Kinde, deren einziger Ernährer er war. (Wr.). 4) Am 18. November in Riga der frühere Oberarzt des dortigen Seehospitals, Dr. Carl Petersenn, im eben vollendeten 60. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Livland, erhielt seine Schulbildung im Pernauschen Gymnasium und bezog im Jahre 1853 die Universität Dorpat, wo er bis 1858 Medicin studirte. Im Jahre 1860 liess er sich in Riga als praktischer Arzt nieder, wurde im Jahre darauf Arzt der Rigaschen Patrimonialgüter und fungirte von 1866—86 als Arzt und darauf Oberarzt am Rigaschen Seehospital.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 49 St. Petersburg, 5. (17.) December **1892**

Zur Anatomie und Therapie der Kniescheibenbrüche.

Von

Dr. med. Paul Klemm,

Assistenzarzt der chirurg. Abtheilung des Stadt-Krankenhauses zu Riga.

In unserer operationslustigen Zeit erscheint es doppelt geboten die Ausbildung der therapeutischen Encheiresen, die auf unblutigem Wege erfolgen, nicht zu vernachlässigen. Ich habe hier speciell die Behandlung der Gelenkbrüche im Auge, über die ja bekanntlich die Acten bis zum heutigen Tage noch nicht geschlossen sind. Unter den Gelenkbrüchen haben die Patellarfracturen stets ein besonderes Interesse in Anspruch genommen. Die Methoden, deren man sich für die Behandlung derselben bedient, sind sehr mannigfaltig. Principiell steht auch hier die blutige Behandlungsmethode der unblutigen gegenüber. Es würde den Rahmen einer kurzen Publication überschreiten, wenn ich mich auf die kritische Sichtung Alles dessen, was zur Vertheidigung des einen oder anderen Verfahrens angeführt worden ist, einlassen wollte; gegen Eines aber möchte ich mich doch energisch verwahren, ich meine die Verallgemeinerung der blutigen Naht subcutaner Knochenbrüche in der Weise, wie das Pfeil Schneider [1]) in letzter Zeit befürwortete. Er stellte auf dem XXI. Chirurgen-Congress zu Berlin eine Reihe von Patienten vor, bei denen er wegen geschlossener Brüche in der Nähe der Gelenke die Knochennaht ausgeführt hatte. Es befanden sich unter diesen auch typische Brüche des Radius, Brüche des unteren Endes der Tibia, der Kniescheibe und and. Ich schliesse mich vollkommen Denen an, die derartige Eingriffe für zwecklos, wenn nicht schädlich halten; ich bin der Ansicht, dass wir in der Massage und Compression, in den

[1]) XXI. Congress der deutsch. Gesellschaft für Chirurgie. Ref. im Centralblatt für Chirurgie.

activen und passiven Bewegungen einen reichen Schatz therapeutischer Mittel besitzen, deren richtige Handhabung uns in den Stand setzt, die schönsten Erfolge auf dem Gebiete der Gelenkbrüche zu erzielen.

Ich verweise auf die Arbeiten von Landerer [2]), Oberst [3]), Krause [4]), Korsch [5]) und And., in denen sich eine Fülle werthvoller Hinweise für die Behandlung subcutaner Gelenkbrüche auf unblutigem Wege findet.

Auch für die Brüche der Kniescheibe werden wir die blutige Methode nur für gewisse Fälle reserviren. Wir wissen ja, dass die knöcherne Heilung für die Herstellung der Beweglichkeit im Knie nicht absolut nothwendig ist, da dieselbe ja bei der Knochennaht auch nicht immer erfolgt [6]) Es sind andere Gesichtspunkte, die sich aus der pathologisch-anatomischen Betrachtung der Kniescheibenbrüche ergeben, die für die rationelle Therapie derselben von Wichtigkeit sind.

Ich erlaube mir in Nachstehendem über einen Fall von Querbruch der Kniescheibe, der in der chirurg. Abtheilung des hiesigen Krankenhauses beobachtet wurde, zu berichten. Derselbe ist von Interesse, da er einige Tage nach dem Unfall an einer intercurrenten Erkrankung zu Grunde ging und zur Section kam.

Meinem verehrten Chef Herrn Dr. A. von Bergmann, sowie Herrn Prosector Dr. J. Krannhals danke ich für die freundliche Ueberlassung des Materials.

Jaan Janson 35 a. n. ist am 3. Oct. a. c. während er eine Kellertreppe hinaufstieg, ausgeglitten und auf das linke Knie gefallen. Pat. konnte sich nicht mehr erheben; er wurde mit einem Nothverbande sofort in's Krankenhaus abgefertigt.

Status praesens: Pat. ist mittelgross, kräftig gebaut, besitzt einen reichlichen Panniculus adiposus. Das linke Kniegelenk ist mässig geschwellt, die Contouren desselben sind verstrichen. Der obere Recessus ist nicht ausgedehnt. Die Schwellung setzt sich auf den Oberschenkel fort ungefähr bis zur Mitte desselben, wo sie an der inneren Seite besonders deutlich ausgesprochen ist.

Ueber die Mitte der Patella verläuft eine seichte Grube. Es lässt sich hier eine Continuitätstrennung des Knochens nachweisen, durch die die Kniescheibe in zwei annähernd gleiche Fragmente getheilt wird, die ca. 3 Cm. von einander abstehen.

Durch mässigen Druck können beide Fragmente leicht zur Adaptation gebracht werden. An der äusseren Haut ist nichts Pathologisches wahrnehmbar.

Nach leichter Massage des Gelenkes und des Oberschenkels wird über ersteres ein Heftpflasterverband in Testudotouren in der Weise angelegt, dass die Fragmente in reponirter Stellung erhalten werden und ein mässiger Druck auf das Gelenk ausgeübt wird. Bindeneinwickelung der ganzen Extremitat und Hochlagerung derselben in einer Volkmann'schen Schiene.

Am 5. October wird wieder massirt, gegen Abend bricht beim Kranken, der heftiger Potator ist, Delirium tremens aus, dem er am Abend des 6. October erliegt.

Section (Dr. Krannhals) Schnitt über die Patella in der Achse der Extremität. Nach Zurückpräpariren der Haut nach rechts und links liegt die sehnige Ausbreitung des Ligament. patell. propr. auf der Kniescheibe vor. Dieselbe ist in der Mitte quer durchrissen, doch so, dass der obere und untere Rand der Sehne sich nach oben und unten auf das betreffende Fragment nach innen zu umgeschlagen haben und beide Bruchflächen maskiren. Die Risslinien sind nicht gradlinig, sondern bilden verschieden lange Lappen und Fetzen.

Schlägt man diese nach oben und unten zurück, so erscheint die Trennungslinie im Knochen, die quer verläuft und eine deutlich gezahnte Linie darstellt. Im Gelenkraum finden sich einige Blutgerinnsel.

Der obere Recessus weist an seiner Kuppe eine, ca. 1 Cm. im Durchmesser haltende Perforationsöffnung auf. Zwischen Vastus ext. und der Haut, sowie zwischen Vastus int. und dem Knochen findet sich, bis zur Mitte des Oberschenkls reichend, ein mächtiges Hämatom, welches nach unten bis in die Kniekehle reicht.

Zwischen beiden Fragmenten ist ein festes, derbes Coagulum vorhanden. Die Seitenbänder des Gelenkes sind intact.

Betrachten wir den Obductionsbefund genauer, so können wir mehrere Punkte herausgreifen, die uns über die Entstehung und den Verlauf der in Rede stehenden Bruchform Aufschluss geben, sowie uns in den Stand setzen richtige therapeutische Maassnahmen zu treffen.

Wir betrachten:

1) Das Verhältniss der Risslinie im Lig. patell. propr. zur Fracturlinie in der Kniescheibe.
2) Die Perforation des oberen Recessus.
3) Die periarticulären Hämatome.

Die Kniescheibenbrüche entstehen ja bekanntlich sowohl durch directe Gewalteinwirkung, als auch durch Muskelzug als Rissfractur, fracture par arrachément. Der Mechanismus bei letzterer ist der, dass Pat., um einem Fall auf das Knie vorzubeugen, instinctiv den Quadriceps ad maximum spannt. Der Muskelzug setzt sich auf die Sehne fort, die die Kniescheibe fest umgreift. Der Elasticitätscoefficient des Knochens ist aber geringer, als der der Sehne. Er wird durch den Muskelzug gerissen, während letztere noch eine Zeit lang weiter gedehnt wird, bis die Gewalt sich eventuell erschöpft oder aber die Elasticitätsgrenze der Membran überschritten wird und diese durchreisst. Wir können in unserem Fall den eben geschilderten Mechanismus als die Causa efficiens betrachten, dafür spricht der quere Verlauf der gezähnten Bruchlinie, sowie die Interposition der zerrissenen Aponeurose zwischen die Bruchfragmente und endlich auch die Abwesenheit jeder sichtbaren äusserlichen Gewalteinwirkung. Das eben geschilderte Verhalten der Fascie ist, wie Macewen und König gelehrt haben, von grösster praktischer Wichtigkeit für den weiteren Verlauf der Fractur, sie erklärt, warum so häufig eine knöcherne Vereinigung der Fractur ausbleibt, was ja ganz verständlich ist, wenn durch die Zwischenlagerung der sehnigen Gebilde eine directe Berührung der Knochenränder aufgehoben wird. Ich konnte in obigem Falle bei der Section ein zwischen den Bruchfragmenten gelegenes, derbes Blutgerinnsel nachweisen, welches den Spalt völlig ausfüllte. Die Heilung geht nun offenbar so vor sich, dass dieses Coagulum durch Bindegewebe substituirt wird, bis es als feste, fibröse Brücke den Spalt im Knochen ausfüllt.

Sehr interessant ist ferner die Perforation des oberen Recessus. Riedel [7]) hat vor einiger Zeit auf dieses Vorkommniss sowie die Wichtigkeit, die diesem gebührt, die Aufmerksamkeit gelenkt. Bei der Untersuchung unseres Kranken konnte sofort an ein derartiges Vorkommniss gedacht werden, wenigstens legte das Verhalten des Kniegelenks, welches wenig geschwellt war, während in der Regel bei Kniescheibenbrüchen ein starker intracapsulärer Erguss zu constatiren ist, diesen Gedanken nahe. Die Richtigkeit dieses Calculs gewann durch die starke Schwellung des Oberschenkels an Wahrscheinlichkeit.

Ich meine, wir werden die Entstehung der Perforation des Recessus mit dem häufigeren Mechanismus der Patellarbrüche als Rissfracturen in Zusammenhang bringen müssen. Dass eine Zerreissung des oberen Recessus bei directen Brüchen vorkommt, etwa in Fällen, wo eine von aussen her angreifende Gewalt den Knochen bei völliger Ruhe des Muskelsehnenapparates fracturirt, halte ich für sehr unwahrscheinlich. Riedel weist experimentell nach, dass Kniegelenke erwachsener, kräftiger Männer an der Leiche 4 M. Wasserdruck ertragen können. Dieses würde nach dem genannten Autor genügen, um den Blutdruck einer Femoralis, die sich im

---

[2]) Samml. kl. Vortr. Nr. 19.
[3]) Volkmanns Samml. kl. Vortr. Nr. 311.
[4]) Deutsche med. Wochenschr. 1891 Nr. 13.
[5]) Charité-Annalen 1892 pag. 439.
[6]) Pfeil Schneider hat in zweien seiner Fälle keine knöcherne Vereinigung erzielt. Was in den anderen geschah, ist aus dem Gesagten nicht ersichtlich.

[7]) Die Perforation des oberen Recessus bei der Patellarfractur. Centralblatt für Chirurgie 1890. Nr. 12.

vollen Strahl in's Gelenk ergiesst, auszuhalten, da ihr Druck nur 13 Cm. Hg. beträgt.

Wenn wir uns nun aber vorstellen, dass im Moment, wo das Gelenk gebeugt ist, der Quadriceps ad maximum contrahirt, die Kniescheibe fest an die knöcherne Unterlage gepresst, von oben und unten her durch die Ligamente straff angezogen wird, so ist dieses eine Stellung des Gelenkes, wo eine starke Steigerung des intraarticulären Druckes statt hat. Es ist nun denkbar, dass das im Moment der Fractur gesetzte Hämatom zu einer derartigen Drucksteigerung im Gelenkraum führt, dass eine Ruptur des Recessus eintritt. Die Perforation würde demnach in den Fällen vorkommen, wo der Typus der Rissfractur dem Knochenbruch zu Grunde liegt oder eine Combination dieser mit einer direct einwirkenden Gewalt anzuschuldigen ist. Natürlich halte ich diesen Modus der Perforation nur für zutreffend in denjenigen Fällen, wo diese mit der Fractur gleichzeitig entsteht, da es ja auch denkbar ist, dass durch secundäre Bewegungen eine Kapselsprengung zu Wege gebracht werden könnte.

Die Wichtigkeit der Kapselperforation ist hauptsächlich in der Bildung eines intramusculären Hämatoms und den schädigenden Einflüssen, welche letzteres auf die Ernährungsverhältnisse der Muskulatur und Gelenkweichtheile ausübt, zu suchen.

Die Prognose der in's Gelenk penetrirenden, sowie der pararticulären Brüche ist seit Alters eine bedeutend weniger günstige, als die der gewöhnlichen Schaftfracturen. Wir sehen gelegentlich Steifigkeiten in den Gelenken nachbleiben, die sich zu völliger Ankylose steigern können. Der Grund dieser Erscheinung ist in den intra- und pararticulären Hämatomen zu suchen, die stetige Begleiter dieser Brüche sind. Das intra- und pararticuläre Hämatom ist das wesentliche Characteristicum der Gelenkfractur und in ihm liegt die Hauptgefahr, die sich in den später zu Tage tretenden Functionsstörungen zeigt.

Die üblen Folgen dieser Ergüsse machen sich nach verschiedenen Richtungen hin geltend. Wir können unterscheiden zwischen:

1. Directen Schädigungen, die durch die Ergüsse als solche unmittelbar verursacht werden.
2. Entfernter liegenden Einwirkungen. Hier sind es gewisse Veränderungen, die das ergossene Blut eingeht, welche zu beträchtlichen Störungen führen. Diese treten erst nach Ablauf einer gewissen Zeit in Erscheinung.

Zu den ersteren müssen wir vor Allem die Ernährungsstörungen rechnen, die die massigen, den Gelenken anliegenden Blutergüsse bewirken. Es ist ja eine bekannte Thatsache, dass bei länger dauernder Immobilisirung der Extremitäten die Muskulatur derselben atrophischen Zuständen unterworfen ist. Nach den bekannten Untersuchungen C. Reyher's [8]) leidet der Muskel am frühesten; zu einer Zeit schon, wo im Gelenk keinerlei sichtbare Veränderungen zu constatiren sind, ist eine deutliche Dickenabnahme an ersterem bemerkbar. Um wieviel intensiver werden diese Atrophien sein, wenn sich der Blut- und Lymphcirculation so gewaltige Hindernisse, wie sie die genannten Hämatome bilden, in den Weg stellen.

Man hat gerade bei den Gelenkfracturen auf die schnell einsetzende Atrophie der das Gelenk bewegenden Muskeln aufmerksam gemacht; ich meine, dass in einem Theil der Fälle die Inactivität gewiss keine so grosse Rolle spielt, als die Blutergüsse mit ihrer Behinderung für die Circulation und der Druckwirkung auf Muskeln und Nerven. Gerade bei Kniescheibenbrüchen ist es auffallend, falls die Immobilisirung längere Zeit gedauert hat, wie schnell die Extremität functionsunfähig wird. Die Meinungen gingen dahin, dass die Diastase der Bruchfragmente das Moment sei, welches die normale Beweglichkeit hindere, jetzt jedoch wissen wir, dass dem nicht so ist, die Untersuchungen Brunner's [9]) haben gezeigt, dass der Quadriceps sich der im Höhendurchmesser vergrösserten Patella, durch nutritive Verkürzung seiner Fasern anpasst; wir wissen ferner, dass dem seitlichen Bandapparat eine gewisse Bedeutung für die Fixation der Kniescheibe zukommt, wir müssen daher die Atrophie einzig für die Functionsstörung verantwortlich machen.

Ebenso verhängnissvoll sind die erst nach einiger Zeit in Erscheinung tretenden, durch den Bluterguss angeregten Veränderungen im Gelenk und in dessen Umgebung. Wird nicht für die schleunige Resorption des extravasirten Blutes Sorge getragen, bleibt dasselbe längere Zeit unverändert liegen, so bilden sich in demselben regressive Processe, deren Ausgang die Transformation des Hämatoms in strafffaseriges Bindegewebe ist, welches zu schrumpfenden Processen im Gelenkcavum Veranlassung giebt, wie das von v. Volkmann beschrieben worden ist, für die Therapie dieser Dinge aber noch zu wenig Beachtung gefunden hat. Auf diese Weise kann eine völlige Obliteration und Ankylose eines Gelenkes zu Stande gebracht werden. Durch spätere manuelle Eingriffe, wie Massage und passive Bewegungen entstehen Zerrungen und Zerreissungen der aus dem Hämatom umgewandelten vascularisirten Bindegewebsstränge, die die bekannten und gefürchteten Hydropsien der Gelenke, sowie die Oedeme in der Umgebung derselben verursachen. Für den Patienten beginnt so oft, nach Heilung des Knochenbruchs, jetzt erst die eigentliche Leidenszeit, die an die Geduld des Arztes und des Kranken gleich hohe Anforderungen stellt.

Aehnlich wie in der Gelenkhöhle kommt es auch im pararticulären Gewebe zu schrumpfenden Processen, deren Ursache auch hier wiederum die pathologischen Veränderungen des ergossenen Blutes sind. Die Muskeln, Sehnen und Fascien, diese für die normale Excursionsweite der Gelenke so wichtigen Gebilde atrophiren, obliteriren in ihren Scheiden und retrahiren sich narbig, so dass hieraus schon allein eine bedeutende Functionsstörung der Gelenke resultiren würde. Man hat vielfach die zu lange Ruhe, die das gebrochene Glied im immobilisirenden Verbande genoss, als Grund für diese Schäden angeführt. Die Ruhe allein genügt meiner Meinung nach nicht; es treten durch diese begünstigt allerdings atrophische Processe auf, jedoch sind die ersten Schrumpfungsvorgänge erst nach Verlauf längerer Zeit (62 Tage nach C. Reyher) an den Gelenkkapseln zu constatiren. Wohl aber können die schon relativ früh in Erscheinung tretenden degenerativen Ercheinungen durch die Ruhe und die in Folge dieser begünstigten regressiven Processe im ergossenen Blute ihre befriedigende, ungezwungene Erklärung finden.

Wir sehen, wie sich aus dem Studium der Pathologie der Patellarbrüche, sowie der Gelenk- und pararticulären Fracturen insgemein, die Fingerzeige für die Therapie ganz von selbst ergeben.

Die Hauptaufgabe besteht in der möglichst schnellen Beseitigung des ergossenen Blutes. Die Coaptation und Retention der Bruchfragmente gelingt dann leicht; der Bekämpfung der drohenden Atrophien und Retractionen, sowie der Erhaltung der physiologischen Gelenkbewegung ist das Feld geebnet, sodass diese jetzt den erwünschten Erfolg haben wird.

Es fragt sich nun, welches Mittel ist das geeigneteste die Eliminirung des extravasirten Blutes zu bewerkstel-

[8]) Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. III.

[9]) Deutsche med. Wochenschr. Nr. 20. 1888 pag. 394.

ligen? Es concurriren auch hier mit der unblutigen Methode die blutigen Eingriffe. Zu den letzteren rechnen wir die Entleerung des Hämatoms durch Punction oder Schnitt. A priori sollte man glauben, dass letzteres Verfahren der Punction der gedachten Indication der schleunigen Entfernung des Hämatoms am besten entspricht, doch in praxi liegen die Verhältnisse anders! Halten wir uns nur an unseren Eingangs geschilderten Fall. Was hätte hier die Punction geholfen, einige Theelöffel voll Blut wären vielleicht entleert worden, während das Gros desselben ruhig an seiner Stelle geblieben wäre. Riedel schildert dasselbe Verhalten in seinen Fällen und führt das gelegentliche Misslingen der Punction des Gelenkes bei Kniescheibenbrüchen auf die extracapsuläre Lage des Exsudates zurück. Ebenso würde es mit der versuchten Entleerung durch den Schnitt gehen.

Weit zweckmässiger erscheint es mir, die Massage und methodische Compression für die Resorption der Blutergüsse zu benutzen. Diese beiden Factoren in Verbindung mit passiven und activen Bewegungen spielen die wichtigste Rolle in der Behandlung der Gelenkfracturen, hier speciell der Brüche der Kniescheibe. Die Massage wird beiden Indicationen, die wir für die rationelle Behandlung der Patellarfracturen kennen lernten, am besten gerecht, sie bewirkt baldige Aufsaugung des extravasirten Blutes und bekämpft die drohenden atrophisirenden Processe. Rückbildung und Anbildung wird durch sie in gleich günstiger Weise beeinflusst. Ich glaube denn auch thatsächlich, dass die Massage und methodische Compression in Verbindung mit activen und passiven Bewegungen für die Behandlung der besprochenen Bruchformen völlig ausreichen und als das Normalverfahren angesehen werden dürfen — nur in Ausnahmefällen werden wir zur blutigen Naht greifen, am Kniegelenk z. B. dort, wo eine äussere Wunde die Fractur complicirte, oder wo es sich um hochgradige Verletzungen mit Läsion der seitlichen Weichtheilverbindungen handelte. Ich möchte noch einmal vor der blutigen Naht warnen, zum mindesten vor der Verallgemeinerung derselben, wie sie Pfeil Schneider empfiehlt. Auch dem geübtesten Aseptiker kann es einmal passiren, dass es zur Eiterung und Secretretention kommt; welche unheilvolle Wendung dieselbe nehmen kann, wenn es zur Infection der massigen pararticulären Extravasate kommt, liegt auf der Hand.

Wir haben hier in unserer chirurgischen Abtheilung im Laufe des letzten Jahres 5 Kniescheibenbrüche zu behandeln Gelegenheit gehabt und dürfen mit den erreichten Resultaten zufrieden sein.

Wir gingen in folgender Weise vor: Gleich nach der Aufnahme des Kranken wurde die Kniegelenksgegend und deren Umgebung mässig massirt. Gewicht wurde darauf gelegt, zunächst die von der Fractur central gelegenen Gebiete zu massiren, um hier die Lymph- und Venenbahnen zur Aufnahme des Extravasates geschickt zu machen. Nach der Massage wurde um das Gelenk, welches durch Watterollen vor Druck geschützt wurde, eine Heftpflaster-Testudo gelegt, welche einen mässigen Druck auf das intraarticuläre Extravasat ausübte und zugleich die Bruchfragmente in Coaptation erhielt. Die so bandagirte Extremität wurde in einem Schienenverbande mässig hoch gelagert. Nach 3—4 Tagen wurde der Verband abgenommen und abermals massirt, besonders ausgiebig auch die Oberschenkelmusculatur. Von jetzt ab wurde täglich die Massage vorgenommen. Nach Ablauf von 2 Wochen erfolgten leichte passive Bewegungen und Patient wurde angewiesen Versuche zu machen, die Extremität mit gestrecktem Knie zu eleviren. Zwischen der 3. und 4. Woche war Pat. meist im Stande, mit einem Stocke im Zimmer umherzugehen und Ende der 5., Anfang der 6. Woche erfolgte in allen Fällen die Entlassung. Knöcherne Heilung war kein Mal erzielt worden, es befand sich zwischen den Bruchfragmenten eine straffe, fibröse Verbindungsbrücke, die eine Action im Kniegelenk weiter nicht hinderte. In allen Fällen war vollkommene active Streckfähigkeit sowie Beugung bis zu 50° erhalten. Gewiss wird sich im weiteren Verlauf die Excursionsweite der Bewegungen noch vergrössert haben. Atrophie des Quadriceps, narbige Processe in der Umgebung des Gelenkes oder in diesem selbst sind kein Mal beobachtet worden.

Ich gedenke die betreffenden Krankengeschichten an einer anderen Stelle mitzutheilen, wo ich mich noch des Näheren über die Gelenkfracturen zu äussern beabsichtige.

Jeder, der mit dieser Methode gearbeitet hat oder die Erfolge gesehen hat, die mit derselben erzielt werden können, wird gewiss ein warmer Anhänger derselben werden, zumal sie neben anderen Vorzügen den gewiss nicht zu unterschätzenden besitzt, dass sie von Jedem gehandhabt werden kann, da sie ausser etwas manueller Geschicklichkeit, Geduld und Sorgfalt keiner weiteren Hülfsmittel bedarf.

Referate.

Paul Guttmann: Ueber einen Fall von Antipyrin-Vergiftung. (Therap. Monatshefte Nr. 10).

Verf. beschreibt einen Fall von Antipyrin-Intoxication, bei welchem einige Vergiftungssymptome so grosse Aehnlichkeit mit dem Bilde des asphyktischen Stadiums der Cholera zeigten, dass der Patient als choleraverdächtig in das städtische Krankenhaus Moabit (Berlin) eingeliefert worden ist. Er wurde in das Hospital unter den Zeichen schweren Collapses gebracht: kühle Extremitäten, Temperatur 34,5° C., Erbrechen, Wadenkrämpfe, tiefliegende Augen, heisere Stimme, unfühlbarer Puls. Auf Grund dieses Symptomencomplexes lag es nicht fern, auf einen schweren Choleraanfall zu schliessen, doch erwies es sich bald, dass eine andere Ursache vorliegen müsse, denn der Stuhlgang war normal. Die weitere Beobachtung ergab: auf Brust und Bauch ein dunkelrosarothes, miliares Exanthem. Klagen über Kopfschmerzen, Doppelsehen, Vertaubungsgefühl in Fingern und Zehen. Als Patient sich etwas erholt hatte, gab er an seit einem Jahre an Kopfschmerzen zu leiden, die er in letzter Zeit erfolgreich mit Antipyrin bekämpfte. Patient nahm 2 mal täglich je 1 Grm. und hat im Ganzen 10 Grm. Antipyrin verbraucht, wonach das in Rede stehende Krankheitsbild sich entwickelt hat. Unter Anwendung verschiedener Excitantien wurde eine schnelle Besserung des Allgemeinbefindens im Krankenhause erzielt.

Verf. räht in der Dosirung des Antipyrins vorsichtiger zu sein und immer zunächst mit ½ Grm. zu beginnen; wird diese Dosis gut vertragen, so kann man dann steigen.

Abelmann.

Eduard Saalfeld: Ueber Losophan. (Therap. Monatshefte Nr. 10).

Dieses neue von den Farbenfabriken Friedr. Bayer & Comp. hergestellte Präparat ist chemisch als ein Trijodkresol anzusehen, es enthält ungefähr 80 pCt. Jod, ist in Alcohol löslich und wird von fetten Oelen leicht aufgenommen. Verf. versuchte zunächst das Mittel bei Mycosen der Haut: in 16 Fällen von Herpes tonsurans des Gesichtes und Körpers wandte er eine 1%ige Losophanlösung oder Losophansalbe an und konnte 13 Patienten definitiv heilen, während bei den 3 übrigen eine fortschreitende Besserung zu constatiren war. Von 3 Kindern mit Herpes tonsurans des behaarten Kopfes wurde 1 geheilt, die beiden anderen erheblich gebessert; in Fällen von Pityriasis versicolor wurde in sehr kurzer Zeit mit 1%—2% Lösung Heilung erzielt. Bei acutem Ekzem wirkte das Losophan ausserordentlich energisch und verursachte leicht Reizung, so dass es mehrfach ausgesetzt werden musste, dagegen war es bei chronischen Hautinfiltrationen von sehr gutem Einflusse. Hier kam das Mittel als Salbe zur Anwendung und zwar in 1%—2%iger Stärke; erfolgreich wurde es ferner gebraucht bei Prurigo, Sycosis vulgaris, Acne vulgaris und rosacea; gegen den Juckreiz erwies es sich in vielen Fällen sehr wirksam. Bei einigen Fällen von Epizoen waren günstige Erfolge zu constatiren: Kranke mit Pediculi capitis und pubis wurden durch eine 1%ige Lösung mit 25 pCt. Essigzusatz von ihrem lästigen Zustande befreit; auch Scabies wurde durch Anwendung einer 2—3%-Salbe geheilt. Bei Urticaria und Psoriasis waren die Erfolge sehr gering.—Bei einem 3jährigen Mädchen, das an Hautgeschwüren in der Glutäalgegend litt (dieselben

waren durch das herunterfliessende Secret einer Colpitis verursacht) brachte ein Streupulver von 1 pCt. Losophan rasche Heilung; dieselbe Composition leistete als Verbandmittel bei einem Patienten mit Ulcera dura und Phimose, die operirt wurde, gute Dienste. Durch Bestreuen mit 1% igem Losophanstreupulver wurde Heilung der Wunde erzielt. Im Ganzen ist aber nach Verf. die Secretion verringernde Wirkung des Losophan in Form eines Streupulvers nicht sehr bedeutend und steht den anderen gebräuchlichen Mitteln nach. Contraindicirt erscheint der Gebrauch des Mittels bei allen acuten Entzündungszuständen der Haut, weil das Losophan sehr leicht Reizung hervorruft. Abelmann.

J. Petruschky: Ueber die Art der pathogenen Wirkung des Typhusbacillus auf Thiere und über die Verleihung des Impfschutzes gegen denselben. (Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten. Bd. XII. Heft 3).

Wir sind gewohnt bei Infectionskrankheiten zu unterscheiden zwischen reiner Infection und Intoxication. Bei ersterer (Milzbrand) genügt die Impfung mit kleinsten Mengen der pathogenen Bacterien; sie vermehren sich im Körper des Geimpften bis ins Grenzenlose und tödten vielleicht zum Theil mechanisch, durch Verstopfung der Capillaren. Bei letzterer (Diphtheritis, Cholera) findet ja auch eine Vermehrung der eingedrungenen Bacillen statt, aber nur local, ins Blut gelangen sie nicht und nur ihre giftigen Stoffwechselproducte werden resorbirt und tödten. Die Trennung scheint aber nicht zu scharf gezogen werden zu dürfen.

Nach P.'s Untersuchungen nimmt der Typhus eine Mittelstellung ein. Bis jetzt gab es zwei Gruppen von Forschern, von denen die eine den Typhus als reine Infectionskrankheit reklamirte, weil sie im Blut und in allen Organen T.-bacillen gefunden hatten, während die andere — diesen Befund zugebend — doch nur Intoxication gelten liess, weil kleine Mengen Bacillen in die Bauchhöhle gebracht, nicht tödteten, während grössere Mengen immer den Tod zur Folge hatten. P.'s Untersuchungen stellten nun Folgendes fest. Wenn sehr kleine Mengen von T.-bacillen in die Bauchhöhle von Mäusen gebracht wurden, so überstanden die Thiere den Eingriff sehr gut und wurden nun immun gegen grössere Mengen. Wurden gleich grössere Mengen angewandt, so starben die Thiere. Vereinzelte T.-bacillen wurden nun constant im Blute und in den Organen lebend gefunden, aber eine Vermehrung der hierher gelangten Bacillen konnte sicher ausgeschlossen werden. Dagegen hatte eine beträchtliche Vermehrung derselben auf den serösen Häuten stattgefunden. Auch wenn die Infection subcutan (nicht intraperitoneal) stattgefunden hatte, fanden sich auf Peritoneum und Pleura neugebildete Colonien wie auf passenden Nährböden, und zwar von exquisiter Virulenz; auch in der Peritoneal- und Pleuraflüssigkeit waren reichliche Bacillen frei enthalten. Geschah die Section wie gewöhnlich, so mischte sich leicht diese Flüssigkeit mit dem Blute der ausgeschnittenen Organe und letzteres erschien nun reich an Bacillen. Spülte man aber die serösen Ueberzüge der Organe sorgfältig ab, ehe das Parenchym eröffnet wurde, so wurden die thatsächlichen Verhältnisse klar gelegt.

Also nicht (wie bei Milzbrand) unbegrenzte Vermehrung der Bacillen überall im Körper; auch nicht (wie bei Diphtheritis und Cholera) Vermehrung nur am Ort der Application — sondern Vermehrung in loco und in einem System, den serösen Häuten und dabei Vergiftung durch Resorption der Toxine. Masing.

v. Lingelsheim: Beiträge zur Streptokokkenfrage. (Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten. Bd. XII, Heft 3).

Der Autor sammelte sich Streptokokken von verschiedenen Kranken. Zunächst in 22 Fällen von Angina catarrh., follicularis oder phlegmonosa. Wurden die Exsudate von den Tonsillen während der Zunahme oder der Höhe der Entzündung genommen, so bewiesen Mikroskop und Culturversuche, dass Streptokokken die alleinigen Beherrscher der Scene waren; während der Abnahme des Fiebers etc. traten noch andere Bacterien auf. Ferner erhielt v. L. Streptokokkenmaterial von 3 Fällen von puerperaler Sepsis. Endlich von 3 Fällen von Erysipel (in den Blasen und in der blutigen Flüssigkeit nach Scarification waren keine Streptokokken zu finden, wohl aber immer in excidirten Stückchen der befallenen Haut).

In allen diesen Krankheiten wurde als alleiniger zweifelloser Erreger Streptokokkus gefunden. In folgenden Fällen wurde dieser neben den eigentlichen pathogenen Bacterien gefunden: 1) pneumonisches Sputum 2) Sputum bei chronischer fieberloser Lungentuberkulose 3) Sputum bei hochfiebernder Phthise. 4) Pemphigusblasen. 5) Pleuraexsudat eines alten Phthisikers. 6) Aus einem hepatisirten Lungenabschnitt einer Diphtherieleiche.

Ein Phthisiker bot besonderes Interesse. Er litt jahrelang an chronischer Lungentuberkulose ohne Fieber und in seinem Sputum waren ausser Tuberkelbacillen keine anderen Mikroorganismen. Plötzlich bekam er hohes Fieber, Fröste; nun erwies sich das Sputum überschwemmt mit Streptokokken, welche nach 5 Tagen gleichzeitig mit dem Fieber wieder verschwanden. Die Streptokokken von so verschiedener Herkunft boten keine constanten Unterschiede weder mikroskopisch noch culturell. Und wie verschiedene Krankheitsbilder bei ein und demselben Erreger! Bei den übrigen parasitären Krankheiten ruft der betreffende Mikroorganismus immer dasselbe wohlcharakterisirte Krankheitsbild hervor. Dieses Typische wird nun wohl besonders dadurch bedingt, dass diese Bakterien nur von einer bestimmten Localität aus krank machen (Cholera-Darm etc.). Ganz anders liegen die Verhältnisse beim Streptokokkus.: «Ueberall verbreitet, zu jedem Kampfe gewaffnet, sind sie befähigt überall einzusetzen, hier einen neuen Process einzuleiten, dort einen vorhandenen zu compliciren. Damit ist es gesagt, dass es eigentlich so viele Krankheitsbilder geben muss, als es Orte giebt, wo die Streptokokken angreifen können».

Eine Reihe von Thierexperimenten illustriren das. Wählte L. die tiefe Injection, d. h. spritzte er Culturen in die untersten Partien des Unterhautzellgewebes, so konnte — wenn die Culturen recht virulent waren — jede palpable locale Reaction unterbleiben und nur schnell verlaufende Septicämie eintreten. In anderen Fällen (bei weniger empfänglichen Thieren und geringerer Virulenz) traten oedematöse Durchtränkung oder derbe phlegmonöse Infection auf mit Ausgängen in Abscedirung und öfters metastatischen Herden in der Leber und Entzündungen der serösen Häute. — Bei oberflächlicher Impfung war das Erysipel die constante Folge; ob der zur Impfung benutzte Streptokokkus aus einem Erysipel stammte oder nicht, war dabei ganz gleichgültig. Trat das Erysipel heftig auf, so erfolgte rasch der Tod und das Blut enthielt zahlreiche Streptokokken. Interessant, weil vollkommen entsprechend der chirurgischen Erfahrung (dass nämlich Erysipele leicht an Stellen mit ungünstigen Circulationsverhältnissen entstehen), waren folgende Experimente. Wurde ein Kaninchen oberflächlich mit sehr kleinen Mengen Streptokokken am Ohr geimpft, so überstand das Thier dieses oft ohne Folgen; wurde aber nach der Impfung die Ohrwurzel leicht durch einen Heftpflaster- oder Collodiumstreifen comprimirt, so trat Erysipel auf.

Von grosser Bedeutung ist die verschiedene Virulenz des Impfmaterials. L. erhielt das giftigste aus dem Tubeneiter und der diphtheritischen Uterinschleimhaut bei puerperaler Sepsis, das schwächste von Tonsillarangina. Masing.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. C. Gerhardt (Berlin). Die Pleuraerkrankungen. Stuttgart. 1892. Verl. v. Ferd. Enke.

Dieses Werk des bekannten Klinicisten ist als 34. Lieferung der «Deutschen Chirurgie» erschienen und behandelt die verschiedenen Formen der Pleuritis und den Pneumothorax, also diejenigen Erkrankungen des Brustfellsackes, die für den Chirurgen das grösseste Interesse haben. Es gereicht dem Buch zum besondern Vortheil, dass es von einem innern Kliniker geschrieben ist, weil ein solcher leichter und häufiger Gelegenheit hat den natürlichen, nicht durch chirurgische Eingriffe beeinflussten und modificirten Verlauf der in Rede stehenden Krankheiten zu studiren als der Chirurg, und daher die Erfolge der Chirurgie gegen die Chancen des natürlichen Ausganges der Krankheit besser abzuwägen vermag. So wird von Verf. mehrmals betont, dass die, freilich nur selten eintretende Selbstheilung des Empyems vermittelst eines Durchbruches in die Lunge ein viel vollkommeneres Heilungsresultat ergiebt, als die schönste Rippenresection. Nichts desto weniger ist es selbstverständlich, dass der Verf. den chirurgischen Behandlungsmethoden durchaus freundlich gegenüber steht. So will Gerhardt die Punction eines nicht eitrigen pleuritischen Exsudates durchaus nicht auf die bekannten Indicationen der Lebensgefahr, der Unmöglichkeit anderweitiger Heilung und der unerträglichen Beschwerden des Kranken beschränken, sondern gestattet sie bei jedem sicher nachgewiesenen Erguss; als Einschränkung wird freilich hinzugefügt, dass ein guter Erfolg der Punction mit Wahrscheinlichkeit erst erwartet werden kann, wenn bei abnehmendem Fieber der Erguss selbst (durch Druck auf seine Umgebung) das Hinderniss der Aufsaugung bildet.

Was die Thoracotomie mit Rippenresection, wie sie ursprünglich von König angegeben wurde, betrifft, so schliesst G. sich den gewöhnlichen Indicationen derselben an. Bei der Nachbehandlung will er nur bei jauchigem Exsudat desinficirende Ausspülungen zulassen, bei einem reinen Empyem dagegen wo möglich ohne solche die Heilung abwarten. Wie Ziemssen auf dem vorletzten Congress für innere Medicin, so verhält

auch Gerhardt sich ziemlich skeptisch zur Bülau'schen permanenten Aspirationsdrainage.

Hie und da wird die klare und präcise Darstellung durch lehrreiche Krankengeschichten illustrirt. D—o.

Protokolle
der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1183. Sitzung, am 2. September 1892.

Anwesend 51 ordentliche Mitglieder und 9 Gäste.

1. Präses begrüsst die nach den Sommerferien wieder versammelte Gesellschaft und bedauert, dass die erste Sitzung im neuen Semester ohne feste Tagesordnung habe bleiben müssen. Allgemein bekannte Gründe hatten veranlasst das im Augenblick am nächsten liegende Thema, die Cholera, von der Tagesordnung auszuschliessen.

2. Dr. F. Berg referirt über folgenden Fall:

Ein etwa 50 jähriger Mann erkrankte ungefähr 15 Jahr nach stattgehabter luetischer Infection unter den Erscheinungen progressiver Paralyse: Gedächtnissschwäche, Sprachstörung, Lähmung der Blase und des Mastdarms, allgemeiner Kräfteverfall. Sechs- bis achtmonatliche antisyphilitische Behandlung (Schmiercur, Jodkali) hatte einen so vorzüglichen Erfolg, wie ihn Redner in ähnlichen Fällen bisher nicht gesehen: Patient konnte wieder mit einem Stocke gehen; Blase und Mastdarm functionirten gut; auch psychisch schien er wieder intact. Bei der im Allgemeinen doch durchaus schlechten Prognose der allgemeinen Paralyse müsse er dies Resultat für besonders auffallend und erfreulich bezeichnen.

Dr. Holst und Dr. Tiling führen aus, dass sie das von Dr. Berg geschilderte Krankheitsbild nicht als das der typischen progressiven Paralyse ansehen. Wenn sie auch Beziehungen der Paralyse zur Syphilis durchaus anerkennen, so wollen sie doch davon getrennt wissen die «Hirnsyphilis», welche ein sehr ähnliches Krankheitsbild geben könne. Dr. Berg's Fall wollen sie zu letzterer rechnen. Dr. Holst wie Dr. Tiling sind in solchen Fällen günstige Heilresultate bekannt, wenn auch letzterer aus seiner Erfahrung constatiren muss, dass hierdurch einmal gesetzte psychische Defecte nie völlig schwinden.

Die Discussion geht darauf über zur Besprechung des Verhältnisses der Tabes zur Syphilis und deren Therapie überhaupt.

Dr. Holst theilt die Beziehungen der Syphilis zur Tabes in zwei Arten: Es könne Tabes directe Folge syphilitischer Erkrankung des Rückenmarks sein; dann trete sie meist wenig Jahre nach der Infection auf, dann verspreche auch antisyphilitische Behandlung Erfolg. Meist aber sei es anders: 20,30 und mehr Jahre nach der Infection trete die Tabes auf, und zwar nicht als direct syphilitische Rückenmarkserkrankung, sondern als selbstständige Krankheit, die auf dem Boden der überstandenen Syphilis wurzelt. — Dr. Holst erklärt die von mehreren Collegen in Kemmern bei Tabetikern angewandten Schwitzcuren in heissem trockenen Moor für direct schädlich, wie auch Dr. Berg sie verwirft. — Allgemein ist man darin einig, dass es hauptsächlich lässig und unzureichend behandelte Fälle von Syphilis sind, die später die schweren Erkrankungen des Centralnervensystems aufweisen.

Die Gefahr der subcutanen Injectionen von Calomel und Hydrarg. salycil. wird von mehreren Seiten beleuchtet (Berg, Bergmann), wenn auch zugegeben wird (Voss, Berg, Bergmann), dass diese Therapie in einzelnen Fällen doch für die beste erklärt werden muss und dass auch die Bequemlichkeit ihrer Anwendung es unmöglich macht sie aus der Praxis auszuschliessen. z. Z. Secretär: Heerwagen.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 10. November 1892.

Zum Protokoll der Sitzung vom 13. October bemerkt Herr Wladimirow, dass in dem von Herrn Hellat mitgetheilten Falle von bösartiger Neubildung der Nase die genaue mikroskopische Untersuchung definitiv ein grosszelliges Rundzellensarkom erwiesen hat.

1) Herr Wanach spricht «Ueber die Behandlung gangränöser Hernien», unter Ausschluss blos gangränverdächtiger und solcher Hernien, in denen sich andere Bauchorgane als Darm als Bruchinhalt vorfinden. Die Literatur und Geschichte dieses Gegenstandes ist kürzlich von den DDr. Butz und Zeidler ausführlich behandelt worden. Unter den jetzigen Chirurgen herrscht noch immer grosse Meinungsverschiedenheit, ob man den gangränösen Darm primär reseciren und nähen oder einen anus praeternaturalis anlegen soll; einige nehmen eine mehr vermittelnde Stellung ein. W. unterscheidet 3 Gruppen von Kranken. Zur ersten Gruppe gehören die Fälle, bei denen sich ausgedehnte entzündliche Veränderungen in der Umgebung des brandigen Bruches, Kothabscesse, Gangrän und Perforation der Haut finden; peritonitische oder septische Erscheinungen können vorhanden sein oder fehlen. Diese Fälle sind mit einfacher Incision und Reinigung der Wunde zu behandeln. Das Resultat ist oft überraschend gut.— In der zweiten Gruppe der Fälle überwiegen die schweren septischen Allgemeinerscheinungen (kühle Extremitäten, Cyanose, kalter Schweiss, fehlender Radialpuls), während die Veränderungen am Bruch selbst gering sind; nach Lösung der Einklemmung findet sich eitrige oder kothige Peritonitis. Diese Kranken sind fast immer verloren, man legt einen anus praeter. naturalis an, um die Operation möglichst schnell zu beenden.

Bei der dritten, zahlreichsten Gruppe von Kranken mit nicht so schweren Intoxicationssymptomen und begrenzten, relativ geringen entzündlichen Veränderungen am Bruch treten die Anlegung des anus praeternat. und die primäre Darmresection und Naht in Concurrenz. Welcher Methode der Vorzug gebührt kann durch die Statistik nicht entschieden werden. Das Fehlen der unpublicirten Fälle macht die auf gesammelten casuistischen Mittheilungen basirenden Berechnungen werthlos; vollständige Operationsserien einzelner Operateure und Anstalten sind zu klein und leiden an Ungleichwerthigkeit der einzelnen Fälle. Eher ist eine Entscheidung möglich durch Erwägung der aus den pathologischen Vorgängen sich ergebenden Indicationen. Die Veränderungen des zuführenden Darms (Blähung, Lähmung, Geschwürsbildung auf der Schleimhaut mit schliesslichem Ausgang in Perforation, Resorption toxischer Stoffe) sind von weit grösserer Bedeutung als die relativ ungefährlichen Processe an der eingeklemmten Schlinge (Reichel, Klemm u. A.). Die Therapie soll vor Allem nicht schaden; die Kranken sollen nicht Chloroform bekommen, damit das ohnehin geschwächte Herz nicht weiter geschädigt wird, Cutane und subcutane Cocaininjection genügt, um die Operation nahezu schmerzlos zu machen; Manipulationen am Darm sind unempfindlich. Weitere Aufgabe der Therapie ist es, die Resorption der das Leben gefährdenden toxischen Stoffe zu unterbrechen: der Darm soll soweit resecirt werden, als er die erwähnten Schleimhautgeschwüre aufweist, der Darminhalt soll bei der Operation gründlich entleert werden. Die in einem gewissen Grade bestehende Unsicherheit in der Erkennung der Grenze des gesunden Darms kann ebenso verhängnissvoll werden, wenn man einen künstlichen After anlegt, wie wenn man primär den Darm näht. Der flüssige, bei der Operation zurückgebliebene Koth staut sich nicht an der vernähten Stelle. Die Methoden der Darmnaht sind genügend ausgebildet. Der Naht nach Czerny-Lembert oder Wölfler ist der Vorzug zu geben. Der einzige triftige Einwand gegen die primäre Enterorhaphie ist ihre längere Dauer, die aber bei nicht chloroformirten Patienten nicht schwer ins Gewicht fällt. Für sehr collabirte Patienten ist die frühe Secundärnaht (nach 24 Stunden) eine vorzügliche Methode (Riedel).

Der anus praeternaturalis bringt den Kranken eine Reihe von Gefahren, die der primären Enterorhaphie nicht anhaften: später zutretende septische Phlegmonen, Adhäsionen und Knickungen der beiden Darmschenkel. Inanition, wenn der After an einem hochgelegenen Darmtheil angelegt ist, eingreifende Nachoperationen; bei circumscripter Peritonitis kann man nach Darmnaht durch Offenlassen und Tamponiren der Wunde einer Weiterverbreitung der Entzündung vorbeugen, nach Afterbildung nicht. W. hält die primäre Resection und Naht des Darms für das Normalverfahren bei brandigen Darmbrüchen.

W. hat 3 mal brandige Hernien operirt. Eine Patientin gelangte stark collabirt zur Operation und starb 2 Tage nach Anlegung des künstlichen Afters. Der zweiten Patientin wurde mit günstigem Ausgang der Darm resecirt und vernäht (der Fall ist veröffentlicht in der St. Petersb. med. Wochenschr. Nr. 34, 1892). Der dritte Fall ist kurz folgender: 46 jähriger Pat., geisteskrank, Arteriosclerose geringen Grades. Nach 4 tägiger Einklemmung eines rechtseitigen faustgrossen Leistenbruchs am 28. August 1892 in das Peter-Paulhospital aufgenommen. Allgemeinzustand, Puls gut, kein Erbrechen, Leib nicht aufgetrieben. Haut über dem Bruch infiltrirt und geröthet. Sofortige Operation. Im Bruchsack das stellenweise adhärente stark geblähte Coecum nebst der Einmündung des Ileum und dem Anfangstheil des Colon ascendens. Auf dem Coecum mehrere gangränöse Flecken. Spaltung des Leistencanals, Resectionsschnitte am Ileum 2 Querfinger von der Einmündung und am Beginn des Colon ascend. Unterbindung des langen Mesocöcum in 3 Partien. Das Colon durch Naht soweit verengert, dass sein Lumen dem des Ileum entspricht. Doppelseitige Enterorhaphie. Wunde offen gelassen und tamponirt. Verlauf sehr günstig. Am Abend des 3. Tages reichlicher Stuhl, der späterhin regelmässig etwa jeden 2. Tag spontan erfolgt. Am 26. October ist die Wunde vollständig überhäutet. (Demonstration des Patienten und des resecirten Darms).

W. hat in der Literatur keinen analogen Fall gefunden. Cöcalbrüche sind überhaupt selten. Hildebrand hat in die-

sem Jahr 128 Fälle gesammelt. In keinem von diesen ist die Resection gemacht worden. Nach der Zusammenstellung von Matlakowski sind 29 Fälle von Resection des Cöcum von verschiedenen Chirurgen publicirt, ausserdem hat Billroth allein 24 mal das Cöcum exstipirt. In keinem von diesen Fällen gab Gangrän in Folge von Brucheinklemmung die Indication ab. Die Technik der Vereinigung des Ileum mit dem Colon nach Resection des Cöcum ist noch nicht definitiv festgestellt. Empfohlen sind: directe Vernähung, Abschrägung des Ileum, Keilexcision aus dem Colon, Invagination des Ileum in das Colon, Verschluss der Colonwunde und seitliche Implantation des Ileum in eine neue Oeffnung, Verschluss beider Darmwunden und Anastomosenbildung.

Herr Zeidler giebt zu dem verhandelten Thema folgende Zahlen aus dem Obuchow-Hospital: von 16 eingeklemmten gangränösen Hernien wurden 13 primär resecirt, von diesen Patienten starben 7. Die übrigen 3 Fälle, in denen ein Anus praeternaturalis angelegt wurde, endeten alle tödtlich. Inbetreff der Indicationstellung schliesst Z. sich Wanach durchaus an. Charakteristisch und prognostisch sehr wichtig seien die erwähnten Veränderungen der Mucosa (Geschwüre !) welche viel weiter von der Einklemmungsstelle hinaufreichen können, als die äusserlich am Darm sichtbaren Veränderungen; wegen der genannten Ulcerationen musste Z. in einem Falle 70 Cm. vom Dünndarm reseciren, obwohl die Serosa nur auf einer Strecke von 5 Cm. verändert war. Einklemmungen des Coecum wurden im Obuchow-Hospital unter 105 Fällen von Herniotomie nur 3 mal beobachtet. Z. hält es für schwierig das Chloroform bei diesen Operationen ganz zu entbehren.

Herr Tiling hat im klinischen Institut von 5 Fällen incarcerirter gangränöser Hernien in 3 den Anus praeternaturalis angelegt (alle 3 Fälle endeten letal) und 2 resecirt (beide genasen). Wie bei den meisten Laparotomien, so hat T. auch bei der Darmresection ohne Chloroform (mit Cocaïn allein) auskommen können; er betont nochmals die schon früher gerühmten Vortheile, welche daraus erwachsen: kein Erbrechen, kein stärkerer Collaps, subjectiv besseres Befinden nach der Operation, grössere Sicherheit in der frühzeitigen Erkennung einer etwa beginnenden Peritonitis. Die Herren Schmitz und Anders machen darauf aufmerksam, dass man bei Kindern das Chloroform dennoch nicht entbehren kann.

Secretär: E. Blessig.

Vermischtes.

— Am 1. December vollendeten sich 25 Jahre seit der Gründung des hiesigen städtischen Roshdestwenski-Barackenlazareths und zugleich auch 25 Jahre der Wirksamkeit des Oberarztes, Ehren-Leibmedicus Dr. Joseph Bertenson an dem Barackenlazareth. Die Feier begann mit einem Gottesdienst, worauf sich die zahlreiche Festversammlung in den mit dem lebensgrossen Bildniss Dr. Bertensons geschmückten Saal der Feldscherinnenschule begab, wo der Jubilar Dr. Bertenson die Glückwünsche und Adressen empfing. Zunächst verlas der Vicepräsident des Damen-Lazareth-Comité's ein Rescript Ihrer Majestät der Kaiserin auf den Namen des Jubilars und überreichte demselben das ihm allerhöchst verliehene Geschenk — einen kostbaren Ring und darauf im Namen des Damen-Lazareth-Comités — ein prachtvolles Jeton. Es folgte nun die Beglückwünschung und Verlesung der Adressen durch die zahlreichen Deputationen verschiedener Institutionen und Gesellschaften, so der St. Petersb. Stadtverwaltung, der Aerzte des Hospitals des Prinzen von Oldenburg, des Obuchow-Hospitals, der Pirogow'schen chirurgischen Gesellschaft, der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit, der ärztlichen Gesellschaften in Witebsk, Riga und Wilna, der früheren und gegenwärtigen Zöglinge der Feldscherinnenschule. Ausserdem waren von vielen Personen, die verhindert waren persönlich zu erscheinen, Glückwunschschreiben und Telegramme eingelaufen. Dr. Baikow überreichte im Namen der Collegen eine Geldsumme zur Stiftung eines Stipendiums auf den Namen des Jubilars in der Schule für Arztgehülfinnen und Feldscherinnen.

Der Jubilar antwortete auf die zahlreichen Ansprachen in längerer Rede, in welcher er einen Rückblick auf die Thätigkeit des Damen-Lazareth-Comités und die Geschichte der Baracken warf, welche, wie er hervorhob, ihr Entstehen ganz der in Gott ruhenden Kaiserin Maria Fedorowna verdanken.

Dr. Bertenson ist in Nikolajew geboren und hat seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1854 bis 1857 studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde war B. 4 Jahre älterer Arzt am Collegium der allg. Fürsorge in Witebsk, siedelte aber 1863 nach St. Petersburg über, wo er anfangs praktischer Arzt, von 1865—68 Inspector des Physikats, dann Medicinalinspector des St. Petersb. Gouvernements war und seit 1871 bis zum heutigen Tage als Director des von ihm begründeten Roshdestwenski-Barackenlazareths fungirt.

— Vor Kurzem beging die medicinische Gesellschaft in Minsk das 25jährige Jubiläum ihres Bestehens. Die Gesellschaft ist von dem früheren örtlichen Medicinalinspector P. K. Berg gegründet worden und unterhält seit dem Jahre 1879 eine unentgeltliche Heilanstalt für ambulatorische Kranke. Gegenwärtig fungirt als Präsident der Gesellschaft der Medicinalinspector Dr. P. M. Petrow.

— Der ausserordentliche Professor der Hygiene an der militär-medicinischen Academie, Dr. S. W. Schidlowski, ist zum ordentlichen Professor befördert worden.

— Am 24. November feierte der Professor der Chirurgie an der Moskauer Universität, Geheimrath Dr. J. N. Nowazki das 40jährige Jubiläum seiner ärztlichen und wissenschaftlichen Thätigkeit. Bei dieser Gelegenheit wurden ihm zahlreiche Beweise der Anerkennung seiner langjährigen fruchtbringenden Wirksamkeit als Arzt und Universitätslehrer zu Theil. Von der Moskauer chirurgischen Gesellschaft und von der hygienischen Gesellschaft in Moskau wurde der Jubilar zum Ehrenmitgliede ernannt. Deputationen von der Moskauer Universität, von seinen früheren Schülern (jetzt Professoren), von der Medicinalverwaltung, von den Aerzten des Katharinenhospitals, an welchem er Oberarzt ist, sowie von den meisten Moskauer Hospitalern beglückwünschten den Jubilar und überreichten ihm Adressen. Den Schluss der Feier bildete ein Diner im Gasthause «Slawjanski Bazar». — Prof. Nowazki steht gegenwärtig im 65. Lebensjahre und hat seine medicinische Ausbildung an der Moskauer Universität erhalten, an welcher er seit 1868 als Professor der chirurgischen Hospitalklinik und zugleich als Oberarzt des Katharinenhospitals wirkt.

— Am 26. Nov. beging der Oberarzt des Moskauer Marienhospitals für Arme, wirkl. Staatsrath Dr. Herm. Ssawostizki, sein 40jähriges Dienstjubiläum. S. ist im Jahre 1827 geboren und hat seine medicinischen Studien an der Moskauer Universität gemacht. Er gehört zu den Gründern der Moskauer chirurgischen Gesellschaft und ist ununterbrochen bald Präsident, bald Vicepräsident dieser Gesellschaft gewesen.

— Verstorben: 1) In Warschau der dortige Arzt H. Kepinski im 25. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher schon längere Zeit an Nervenzerrüttung litt, hat durch Erhängen in einer Badstube seinem Leben ein Ende gemacht. 2) Der jüngere Arzt des Nowogeorgiewski'schen Festungsbataillons J. J. Nikolski, im 37. Lebensjahre. 3) Der Reservearzt des Militärressorts Milostanow. 4) Am 21. October in Kischinew die Aerztin Ida Blumenfeld, welche sich mit Carbolsäure vergiftet hat. 5) Am 6. December n. St. in Strassburg der ord. Professor der Anatomie Dr. Joh. Joessel, bekannt durch seine vorzügliche Darstellung der topographischen Anatomie, im 54. Lebensjahre.

— Der König von Schweden hat Pasteur in Anerkennung seiner wissenschaftlichen Verdienste das Grosskreuz des Olaf-Ordens verliehen.

— Die Landschaftsversammlung von Ssysranj (Gouv. Ssimbirsk) hat dem Studenten der Medicin der Dorpater Universität, Constantin Blumwerk, für seine Thätigkeit als Choleraarzt im Dorfe Roshdestwo ihren Dank notirt; ausserdem hat das Ssysranj'sche Landschaftsamt demselben in einem Schreiben das Zeugniss ausgestellt, dass er als Leiter der Cholerabaracke in der Zeit vom 24. Juli bis 24. October seine Pflicht mit vollem Eifer bestens erfüllt habe.

— In der Moskauer Universität wurde am 22. Nov. von den Professoren und Studenten eine Seelenmesse für die Moskauer Studenten der Medicin Ssletow und Kljatschkin, welche bei der Bekämpfung der Epidemie im Jelez'schen Kreise ein Opfer ihres Berufes geworden sind, veranstaltet.

— Die Kursk'sche Kreislandschaftsversammlung hat beschlossen, den 5jährigen Sohn der Feldscherin Olonkina, welche sich durch besonderen Eifer bei der Bekämpfung der Choleraepidemie ausgezeichnete und dabei selbst ein Opfer der Epidemie geworden ist, auf Kosten der Landschaft zu erziehen und hat zu diesem Zweck 200 R. jährlich ausgesetzt.

— Wie in anderen Ländern, so hat sich auch bei uns ein Comité gebildet, um den russischen Aerzten die Theilnahme an dem nächsten internationalen medicinischen Congress, welcher im Jahre 1893 vom 24. September bis 1. October n. St. in Rom abgehalten werden wird, zu ermöglichen und zu erleichtern. Zu dem «Russischen Comité» gehören folgende Personen: Der Präsident des Medicinalraths, Prof. Paschutin (Vorsitzender), der Ober-Militär-Medicinalinspector Dr. Remmert, der Ober-Medicinalinspector der Flotte Dr. Kudrin, der gelehrte Secretär des Medicinalraths Prof. Anrep, die Professoren der militär-medicinischen Academie Slawjanski und Danilewski, Prof. Sklifassowski (Moskau), Prof. Dehio (Dorpat), Prof. Woroschilow (Kasan), der Curator des westsibirischen Lehrbezirks Dr. Florinski (Tomsk), Prof. Rein (Kiew), Prof. Obolenski (Charkow), Prof. Lukjanow (Warschau), Prof. Peter Spiro (Odessa). Secretär des Russischen Comités ist Dr. A. A. Lichatschew (St. Petersburg, Troizkaja Nr. 9, Qu. 12).

— Das Comité englischer Aerzte zur Beschickung des XI. internationalen Congresses zu Rom, welches

auf Anregung von James Paget in London zusammengetreten ist, zählt zu seinen Mitgliedern Josef Lister, William Mac Cormac, George Humphry, Hutchinson u. a.

— Dr. Chawkin begiebt sich in nächster Zeit nach Indien, um seine Schutzimpfungen gegen die Cholera, welche er bis jetzt im Pasteur'schen Institut anstellte, in grösserem Massstabe zu erproben. In London sollen Lord Kimberley und die Glieder des Medicinalraths ihm möglichste Förderung seines Unternehmens zugesagt haben.

— Ein neues Choleraexperiment. Die Lorbeeren Stanhope's haben den Journalisten A. E. Badaire in Paris nicht ruhen lassen, doch muss dem Experiment des Letzteren wegen der rationellen Versuchsanordnung, wenn auch kein absolut beweisender, so doch ein grösserer Werth beigelegt werden, als dem seines amerikanischen Collegen. Am 26. August und 1. September d. J. liess sich Badaire im Institut Pasteur nach der Chawkin'schen Methode impfen. Um die Wirksamkeit der Impfung zu erproben, verschluckte er am 28. September in Gegenwart des Leiters des temporären Pariser Cholerahospitals, Dr. Gaillard, und seiner Assistenzärzte 5 Ccm. Choleradejectionen, die zahllose Commabacillen enthielten. Badaire blieb vollständig gesund und verspürte nicht das geringste Unwohlsein. (Wien. med. Presse).

— Vom Medicinaldepartement wird zur Kenntnissnahme der Aerzte die Tagesordnung und die Vertheilung des Stoffes der Verhandlungen für den vom 13.—20. December d. J. hier stattfindenden Choleracongress veröffentlicht. Es ist wünschenswerth, dass die Mittheilungen der Aerzte entsprechend der unten angeführten Eintheilung der auf dem Congress zur Verhandlung kommenden Fragen redigirt sind und wenigstens einen Tag früher, als die betreffenden Fragen zur Berathung gelangen, dem Bureau eingereicht werden. Das Programm des Congresses ist folgendes:

Sonntag, den 13. December um 1 Uhr Nachmittags — Eröffnung des Congresses.

1) Bekanntmachung der Congressmitglieder mit: a. den statistischen Daten über die Bewegung der Epidemie, der Zahl der Erkrankten und Gestorbenen, den Wegen der Verbreitung und den Bedingungen, welche zur Verschleppung der Epidemie beitrugen.

b. Der Uebersicht der verwirklichten Anticholera-Massregeln von Seiten: a. der Centralverwaltung, b. der örtlichen Regierungs- und communalen Behörden in den Gouvernements; c. verschiedener Ressorts.

2) Bericht A. Allgemeine prophylaktische Massregeln (vor dem Auftreten der Epidemie):

a. Sanitäts-Executivcommissionen. Sanitätsconseils und Bureaux. Sanitätsabtheilungen. Sanitätscuratoren und Curatorien, Aufseher, Wächter und das übrige Personal (in Städten und Dörfern). Betheiligung der Polizeibeamten.

b. Assanirung bevölkerter Ortschaften.

c. Registrirung von Ortschaften mit ungesundem Trinkwasser. Beschaffung von gesundem Trinkwasser.

d. Beaufsichtigung von Stationen, Nachtasylen, Privathäusern etc. Einführung von Sanitätsheften und Büchern.

e. Beaufsichtigung von Fabriken und Victualienhandlungen.

f. Bildung von Redactions-Commissionen zur vorläufigen Prüfung der eingelaufenen Berichte.

Montag, den 14. December. Morgens Sitzung der Commissionen und praktische Uebungen in der Desinfection und Bacterioskopie.

Am Abend: 2. allgemeine Versammlung.

1) Bericht B. Prophylaktische Massregeln gegen die Verschleppung der Epidemie:

a. Quarantänen. Cordons und Absperrung von Ortschaften und Gebäuden. Aufhebung von Jahrmärkten und Bazaren. Schliessung der Lehranstalten.

b. Beaufsichtigung der Bewegung der Bevölkerung. Medicinische Besichtigungen, Observationspunkte — auf den Dampferanfahrten, Eisenbahn- und Poststationen. Nachtasyle, Speiseanstalten und Theehallen für Durchreisende und Ankommende. Asyle für Kranke und Verdächtige.

c. Mittel zur Entdeckung des ersten Cholerakranken — in Städten und Dörfern. Organisation der zu diesem Zweck nothwendigen Registrirung der Erkrankten und Gestorbenen.

2. Bildung von Redactionscommissionen für die Verhandlung der obigen Fragen.

Dienstag, den 15. December. Morgens, Commissionssitzungen und praktische Beschäftigungen. Abends:

1) Bericht C. Massnahmen zur Bekämpfung der Cholera.

a. Organisation einer medicinischen Hilfe. Die nöthige Anzahl der Aerzte, Feldscher und Heilanstalten.

b. Isolirung oder Evacuation der Kranken. Entfernung der Gesunden aus Räumlichkeiten, in welchen sich Cholerakranke befinden.

c. Mittel zur Isolirung und zum Transport der Kranken.

d. Behandlung der Choleraleichen. Cholerakirchhöfe. Desinficirung derselben.

e. Desinfection des Auswurfs, der Kleider, Wäsche etc. von Kranken.

f. Das andere Personal der Sanitätsbeamten und Desinfectoren.

2) Bildung von Commissionen für diese Fragen.

Mittwoch, den 16. December. Morgens: Sitzung der Redactionscommissionen und praktische Beschäftigungen. Abends: Mittheilung über Therapie der Cholera. Vorträge und Berichte der Congressmitglieder über Fragen, die nicht im Programm vorhergesehen sind.

Donnerstag, Freitag und Sonnabend den 17., 18. und 19. December. Morgens: Sitzungen der Commissionen und praktische Beschäftigungen. Abends: Allgemeine Versammlungen.

Sonntag den 20. December um 2 Uhr Nachmittags: Schluss des Congresses.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 29. November d. J. 5807 (143 mehr als in der Vorwoche), darunter 93 Typhus — (wie in der Vorwoche), 682 Syphilis — (13 mehr), 45 Scharlach — (4 mehr), 15 Diphtherie — (3 weniger), 24 Masern — (3 weniger), 9 Pocken — (2 mehr) und 33 Cholerakranke (9 mehr).

Vacanzen.

1) In der Stadt Mologa (Gouv. Jaroslaw) ist die Stelle des älteren Communalarztes zu besetzen. Gehalt 1000 R. jährl. Der Communalarzt ist verpflichtet, täglich 3 Stunden die Kranken in der ambulatorischen Heilanstalt zu empfangen und auch die Kranken in den Häusern unentgeltlich zu behandeln. Der ältere Communalarzt erhält jedes Jahr, abwechselnd mit dem jüngeren Arzt, einen einmonatlichen Urlaub. Die Meldung geschieht bei der «Мологская Городская Управа».

2) Von der Kowrow'schen Landschaft (Gouv. Wladimir) wird ein Arzt für das Krankenhaus im Kirchdorf Wosskressenskoje und den umliegenden Bezirk gesucht. Gehalt 1500 R. jährl. Zu melden beim Präsidenten des Landschaftsamtes Muratow.

3) Im Kreise Nolinsk (Gouv. Wjatka) ist die Stelle eines Landschaftsarztes vacant. Wohnsitz im Dorf, wo ein kleines Hospital für Typhuskranke vorhanden ist. Gehalt 1000 Rbl. und 100 Rbl. Quartiergeld. Adresse: «Нолинская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 22. November bis 28. November 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr	Unbekannt.
222	203	425	82	30	55	8	4	13	40	37	47	38	49	17	4	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 4, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 6, Scharlach 4, Diphtherie 3, Croup 3, Keuchhusten 11, Croupöse Lungenentzündung 23, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 13, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 83, Tuberculose anderer Organe 5, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 33, Marasmus senilis 15, Krankheiten des Verdauungscanals 35, Todtgeborene 23.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 8. December.

Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 14. December.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 50 St. Petersburg, 12. (24.) December **1892**

Ueber die Ernährung des Säuglings mit Kuhmilch.

Vortrag gehalten auf dem IV. Livländischen Aerztetage in Wenden. September 1892.

Von

Priv.-Doc. Dr. Friedrich Krüger,

Dorpat.

M. H.! An anderem Orte [1]) hatte ich schon Gelegenheit genommen, in Bezug auf die vorliegende Frage einige Mittheilungen zu machen. Das Interesse jedoch, welches dieselbe beansprucht, veranlasst mich, meine auf Grund theoretischen Calculs angestellten Versuche und daraus gewonnenen Erfahrungen hier einem grösseren Hörerkreise vorzuführen.

Seit den ersten Versuchen Biedert's über die Verdaulichkeit der Kuhmilch, speciell des Caseins derselben, hat sich die Ansicht geltend gemacht, dass sie in Folge der grobflockigen Fällung des Caseins nur schwer vom Neugeborenen verdaut werde und die Aerzte bemühen sich daher durch starke Verdünnung der Milch und dadurch bedingte feinflockigere Ausscheidung des Caseins, die Verdaulichkeit desselben zu erhöhen.

Aus der grossen Reihe der Vorschriften über die Verdünnung der Kuhmilch hebe ich folgende 3 hervor:

1. Henoch giebt dem Neugeborenen vom I.—III. Monat Milch und Wasser im Verhältniss von 1 : 3, von IV.—VI. Mon. 1 : 2 und vom VII.—IX. Mon. Milch und Wasser zu gleichen Theilen.

2. Löbisch verlangt im I. Mon. 1 Th. Milch und 3 Th. Wasser, im II. Mon. 1 Th. Milch und 2 Th. Wasser, im III. Mon. Milch und Wasser zu gleichen Theilen.

3. Schröder giebt, abgesehen von den ersten Tagen nach der Geburt, bis zum 18. Tage des ersten Mon. Milch und Wasser āā, dann bis zum Schluss des III. Mon. 2 Th. Milch und 1 Th. Wasser.

[1]) Dorpater med. Gesellschaft und Dorpater Naturforschergesellschaft 1890.

Von diesen Vorschriften werden bei uns zu Lande, nach meinen Erfahrungen, hauptsächlich die beiden erstgenannten in Anwendung gebracht.

Biedert führte seine Versuche extra corpus aus; die auf diese Weise gewonnenen Resultate dürfen jedoch nicht ohne Weiteres auf die Vorgänge innerhalb des Organismus übertragen werden.

Um zu brauchbaren Resultaten betreffs der Ausnutzung der Nahrung zu gelangen, muss diese und der Koth analysirt werden. Derartige Untersuchungen für den Neugeborenen liegen in der Literatur vor (Uffelmann, Forster, Escherich). Sie führen zu dem überraschenden Ergebniss, dass die Kuhmilch vom Neugeborenen ganz vorzüglich ausgenutzt wird. Als Beleg dafür gebe ich in folgender Tabelle die von Uffelmann für den mit Muttermilch und von Escherich für einen mit Kuhmilch gefütterten Säugling gefundenen Zahlen, in Procenten der Ausnutzung ausgedrückt, wieder.

	Muttermilch	Kuhmilch
Casein. .	99—100 %	ca 99 %
Fett. . .	97— 98 %	94,7 %
Zucker .	100 %	100 %
Asche. .	89— 90 %	55,5

Das 10 Wochen alte Kind Escherich's bekam täglich 1 L. Vollmich — es war also in diesem Falle an den Verdauungsapparat des Säuglings eine colossale Anforderung gestellt — und trotzdem dieses ideale Ergebniss!

Aus diesem Versuche lässt sich folgern, dass die Kuhmilch für den Säugling nicht zu schwer verdaulich sei — dieser Grund zur starken Verdünnung muss also in Wegfall kommen. Damit soll aber noch nicht gesagt sein, dass die Kuhmilch unverdünnt dargereicht werden solle — auch das wäre irrationell. Wir sollen vielmehr bestrebt sein, dem Kinde die Kuhmilch in einer Form zu geben, die der der Muttermilch am nächsten steht.

In folgender Tabelle gebe ich die Zusammensetzung der Muttermilch und Kuhmilch (nach Gerber) an und stelle die sich für die verschiedenen Verdünnungen ergebenden Zahlen daneben.

	Muttermilch	Kuhmilch	1 : 1	1 : 2
Casein . .	1,95	3,70	1,85	1,23
Fett . . .	3,59	4,51	2,26	1,50
Zucker. .	6,64	4,93	2,47	1,64
Asche . .	0,22	0,61	0,31	0,22

Aus diesen Zahlen ergiebt sich, dass bei der Verdünnung von 1 : 1 die Kuhmilch hinsichtlich ihres hauptsächlichsten Bestandtheils, des Casein, der Muttermilch am nächsten steht. Auf den Fettgehalt der Milch dürfte es nicht so sehr ankommen; das Deficit an Zucker muss jedoch ersetzt werden. Theoretisch müsste es also am richtigsten erscheinen, zur Ernährung des Säuglings mit Kuhmilch die gen. Verdünnung zu wählen.

Ich will nun die Gründe anführen, welche, meiner Ansicht nach, gegen eine stärkere Verdünnung sprechen:

1. Bei einer stärkeren Verdünnung der Kuhmilch ist der Säugling gezwungen, um die ihm von Natur zukommende Quantität Eiweiss zu erhalten, eine bedeutend grössere Menge Flüssigkeit aufzunehmen, als unter normalen Bedingungen d. h. bei jeder Nahrungsaufnahme muss der Magen des Neugeborenen ganz unnatürlich stark ausgedehnt werden — ein Umstand, der gewiss von schwerwiegender Bedeutung für die Function desselben ist und so manche Störung bei mit Kuhmilch aufgefütterten Kindern zu erklären vermag.

2. Ein weiterer nicht zu unterschätzender Uebelstand ist der, dass eine so grosse Wasseraufnahme eine ergiebigere und häufigere Wasserausscheidung veranlasst — die Kinder nässen viel öfter, als solche, die die Mutterbrust bekommen. Ganz abgesehen von den Unbequemlichkeiten, die dadurch dem Wartepersonal erwachsen, ist es auch für das Kind von Nachtheil, da einerseits bei jedem Trockenlegen desselben Gelegenheit zu Erkältungen gegeben wird, andererseits aber — und das ist das Wichtigere — durch die Feuchtigkeit und durch die ätzenden Bestandtheile des Harnes auch bei sorgfältigster Wartung nur zu leicht eine Maceration der Haut zu Stande kommt. In Folge dessen werden die Kinder vielfach im Schlafe gestört und es macht sich ein ungünstiger Einfluss auf das Wohlbefinden sehr wohl geltend.

Ebenso unzweckmässig jedoch wie die starke Verdünnung ist auch die Darreichung von Vollmilch. Das Kind hat nämlich das Bestreben, seinem Magen eine bestimmte Flüssigkeitsmenge einzuverleiben, was, da die Kuhmilch ja viel mehr Eiweiss enthält, als die Muttermilch, zu einer habituellen Ueberfütterung führt. In Folge der beständigen Ueberladung des Verdauungstractus kommt es dann zu chronischen Verdauungsstörungen, zu abnormer Bakterienentwickelung und Gährungsvorgängen in den untersten Theilen des Darmcanals u. dergl. m.

Die rationelle Verdünnung wäre also, wie schon erwähnt, die mit dem gleichen Volum Wasser, wobei das Deficit an Zucker ersetzt werden muss.

Aber nicht nur auf die vernunftmässige Verdünnung der Milch kommt es bei der künstlichen Ernährung an, sondern auch auf eine richtige Dosirung der Einzelmahlzeit. Das Kind hat es viel leichter aus der Saugflasche die Milch zu entnehmen, als aus der Mutterbrust, es ermüdet weniger leicht und übernimmt sich daher oft. Diesem Umstande ist es wohl auch zuzuschreiben, dass künstlich gefütterte Säuglinge viel häufiger «speien», als solche, die die Mutterbrust bekommen. Das Kind soll zu jeder Mahlzeit eine Quantität erhalten, die annähernd der gleichkommt, die ein Brustkind zu sich nehmen würde; das Quantum darf eher kleiner sein, als grösser und hat sich gleichzeitig nach der Zahl der Einzelmahlzeiten in 24 Stunden zu richten. Ahlfeld und Hähner fanden nun die Quantität der Einzelmahlzeit, wie sie in folgender Tabelle angegeben ist; daneben stelle ich die von mir bei künstlicher Ernährung verabfolgten Mengen.

	Ahlfeld und Hähner.		Krüger.	
Monat.	Mahlzeit in Cbcm.	Zahl der Mahlzeiten in 24 St.	Mahlzeit in Cbcm.	Zahl der Mahlzeiten in 24 St.
I.	94—104	6—7	90	6—7
II.	144—154	5—6	120	»
III.	159—166	4—5	135	»
IV.	170—209	»	135	»
V.	183—228	»	135	»

Die Concentration der Milch steigerte ich allmählich von Monat zu Monat und zwar gab ich im I. Mon., vom Tage der Geburt an, Milch und Wasser zu gleichen Theilen, im II. Mon. — 5 : 3, im III. — 6 : 3, im IV. — 7 : 3, im V. — 7 : 2, in der ersten Hälfte des VI. Mon. — 8 : 1 und von da ab Vollmilch. Dass die Nahrung sterilisirt verabfolgt wurde, braucht wohl kaum erwähnt zu werden.

Die Kinder gediehen bei dieser Ernährungsweise ausgezeichnet; ernstere Verdauungsstörungen lagen in den 9 von mir beobachteten Fällen nicht vor.

Leider war es mir nicht möglich, die Nahrung und den Koth zu analysiren. Ich wandte daher in 2 Fällen, um über den Werth resp. Unwerth dieser Ernährungsweise zu entscheiden, die Methode regelmässiger Körperwägungen an. Das Massenwachsthum des gesunden Kindes giebt nämlich einen fast untrüglichen Aufschluss über die Brauchbarkeit der Nahrung.

Auf Grund dieser Wägungen, die ich bis zum VII. Mon. allwöchentlich ausführte, konnte ich mich davon überzeugen, dass das Körpergewicht in ganz normaler Weise zunahm, wie die folgende Tabelle zeigt.

Monat.	Monatlicher Zuwachs.	Täglicher Zuwachs.	Monatlicher Zuwachs.	Täglicher Zuwachs.
I.	900	30,0	955	34,0
II.	830	27,5	835	29,5
III.	745	25,0	790	27,0
IV.	630	21,0	680	24,0
V.	545	18,0	560	20,0
VI.	460	15,3	480	17,0

Andere Milchgemische, wie Milch und Carlsbader Wasser, oder Milch und Salep- oder Haferschleim, habe ich in diesen Ausführungen unberücksichtigt gelassen, da ich ihre Anwendung schon wegen ihrer Abweichung von der Zusammensetzung der natürlichen Nahrung des Säuglings für irrationell halte.

Nach dem Mitgetheilten möchte ich für die künstliche Ernährung des Neugeborenen mit Kuhmilch folgende Sätze aufgestellt wissen:

1. Es soll eine Verdünnung der Kuhmilch gewählt werden, die sie in ihrer Zusammensetzung der Muttermilch am ähnlichsten macht.
2. Es soll das Nahrungsgemisch einen der Muttermilch entsprechenden Gehalt an Zucker besitzen.
3. Es soll auf die natürliche Quantität der Einzelmahlzeit geachtet werden.
4. Es soll das Nahrungsgemisch sterilisirt werden

Ueber die Ursachen der primären oder essentiellen Anaemie.

Vortrag, gehalten auf dem IV. Livländ. Aerztetage zu Wenden September 1892.

Von

Priv.-Doc. Dr. Friedrich Krüger,
Dorpat.

M. H.! Bekanntlich ist man über die Ursache der sog. primären oder essentiellen Anämien, als deren Prototyp ich die perniciöse Anaemie hinstellen möchte, noch ganz im Unklaren; besondere Veranlassungen lassen sich intra vitam meist nicht nachweisen und auch die Section an diesen Erkrankungen verstorbener Individuen giebt uns keinen genügenden Aufschluss. Die Erscheinungen, die hier an den inneren Organen wahrgenommen werden, wie die Blutarmuth und fettige Degeneration derselben (Herz, Leber, Niere etc.), Blutungen in den serösen Häuten u. s. w. sind sicherlich secundärer Natur.

Es ist selbstverständlich, dass zunächst zur Erklärung der primären Anaemie bei der Obduction nach specifischen Veränderungen an den blutbildenden Organen als Grunderkrankung gefahndet wurde, doch an den Lymphdrüsen und der Milz liess sich in der Regel nichts Besonderes nachweisen, nur erschien letztere hin und wieder ein wenig vergrössert. Die hauptsächlichste Veränderung, die die Section an den Tag legte, fand sich am Knochenmark und kennzeichnete sich durch Schwund der Fettzellen und himbeergelée-ähnliches Aussehen desselben.

Ob nun, wie Cohnheim annimmt, diese Veränderung des Knochenmarkes de facto das ursächliche Moment ist, ist bei Weitem nicht sichergestellt. Es ist nämlich die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, dass die gen. Erscheinung, wie Neumann meint, nichts Anderes, als der Ausdruck einer stark gesteigerten Regeneration und Neubildung rother Blutkörperchen sei und erst secundär auftrete.

Was die klinischen Symptome der sog. primären Anaemie anlangt, so glaube ich sie übergehen zu können, da sie nichts für diese Krankheit Charakteristisches darbieten, sondern in ihren subjectiven Beschwerden, wie in den objectiven Veränderungen mit denen jeder secundären Anaemie identisch sind. Nur auf die Veränderungen, die im Blute selbst angetroffen werden, möchte ich ein wenig eingehen. Es werden nämlich sowohl bei der essentiellen Blutarmuth, die mit dem Namen «Chlorose» belegt wird, als auch bei der, welche wir «perniciöse Anaemie» nennen, unter dem Mikroskope neben normalen rothen Blutkörperchen Mikrocyten, Makrocyten und Poikilocyten gefunden; der Unterschied in dem mikroskopischen Bilde bei den erwähnten Krankheiten ist nicht ein qualitativer, sondern nur ein quantitativer.

Weiterhin findet man im Allgemeinen die Zahl der Blutkörperchen in der Cubikeinheit Blut, wie auch den Haemoglobingehalt je nach der Schwere des Falles mehr oder weniger stark vermindert. Auch diese Blutveränderungen finden sich aber nicht nur bei den sog. «primären» Formen der Anaemie, sondern auch bei den secundären.

Nach dem Gesagten können wir behaupten, dass weder klinisch, noch pathologisch-anatomisch sich irgendwelche Veränderungen nachweisen lassen, die als Grundursache einer essentiellen Anaemie angesprochen werden könnten; sie können alle auch bei schweren Anaemien secundärer Natur angetroffen werden.

Auf eine Wiedergabe der Reihe von Hypothesen über die Ursache der Entstehung der essentiellen Anaemie will ich mich nicht einlassen; ich darf sie wohl als bekannt voraussetzen und werde wahrscheinlich auf keinen grossen Widerstand stossen, wenn ich behaupte, dass keine derselben als ausreichend bezeichnet werden kann, schon aus dem Grunde, weil keine derselben im Stande ist, den gleichen Symptomencomplex bei schweren secundären Anaemien in irgend einer Weise zu erklären.

Ich glaube nun, dass die Anaemie nie eine Erkrankung sui generis ist, sondern in jedem Falle, ganz wie der Hydrops, nur ein Symptom darstellt und dass es zur Erklärung der Entstehung dieses Symptomes einer einheitlichen, allendlichen Ursache bedarf.

In erster Linie muss das Augenmerk natürlich auf die Thätigkeit der blutbildenden Organe gerichtet werden.

Daher veranlasste ich in den Jahren 1888 und 1889 die Collegen v. Middendorff [1]) und Glass [2]) vergleichende Rückstands- und Haemoglobinbestimmungen im Blute der zu- und abführenden Gefässe der Milz auszuführen. Auf die Methode der Untersuchung gehe ich nicht ein, sondern werde mich mit der Wiedergabe der gefundenen Resul-

[1]) Inaug.-Dissert. Dorpat. 1888.
[2]) Inaug.-Dissert. Dorpat, 1889.

tate begnügen. Es stellte sich heraus, dass das Blut der Milzvene meist reicher an Haemoglobin und Trockenrückstand ist, als das arterielle. Der Zuwachs resp. die Verminderung an Blutfarbstoff entsprach stets der Vermehrung resp. der Verminderung des Rückstandes. Wir schlossen daraus, dass in der Milz Haemoglobin sowohl aufgebaut, als auch zerstört wird, wobei der Aufbau in der Regel die Zerstörung überwiegt. Dieser Befund steht mit dem von A. Schwartz [3]) hinsichtlich der Wirkung der Milzzellen extra corpus in gutem Einklang.

Ich darf es nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, dass von Röhmann [4]) die Richtigkeit dieser Schlussfolgerung angezweifelt worden ist. Seiner Ansicht nach beruhen die erwähnten Ergebnisse auf einer Contraction der Milzgefässe, indem je nach derselben bald mehr rothe Blutkörperchen, bald mehr Plasma in der Milz zurückgehalten würde. Ist das der Fall, so ist die Vermehrung resp. Verminderung an Haemoglobin und Rückstand nur scheinbar, bedingt durch Aus- oder Eintritt von Plasma in das Blut. Das Plasma unserer Versuchsthiere (Ratten) besitzt einen Rückstand von 8,8—9,0 pCt. Durch Rechnung ergiebt sich aber, dass in unseren Versuchen die Unterschiede zwischen dem Venen- und Arterienblute nur durch Aufnahme oder Abgabe einer Flüssigkeit, die eine Concentration von 9,4—9,7 pCt. besitzt, erklärt werden könnten. Eine derartige Annahme ist aber unmöglich. Es bleibt also der von mir aufgestellte Satz bestehen.

Weiterhin ist von Picard und Malassez [5]) die Zahl der rothen Blutkörperchen im Milzvenenblute höher gefunden, als im Arterienblute; am bedeutendsten fiel diese Vermehrung nach Durchschneidung der Milzvenen aus, ein mittlerer Grad derselben ergab sich im nervösen Ruhezustand der Milz, unbedeutend war sie nach Reizung der Milznerven.

Nach Beclard ändert das Blut der Milz je nach Reizung oder Lähmung der Milznerven sein Aussehen. Auch ich konnte ein eigenthümliches Verhalten in der Färbung des Milzvenenblutes constatiren. Bisweilen zeigte es einen auffallend hellrothen Farbenton, der unter den Augen fast momentan in dunkelblauroth überging. Wenn das Blut hellroth erschien, liess sich mit Sicherheit ein besonders hoher Haemoglobingehalt voraussagen.

Die Milz wird vom Sympathicus versorgt, er ist somit von der grössten Bedeutung für die Function derselben, — wird er gereizt, so tritt eine Hemmung in der Haemoglobinbildung auf.

Ich kehre nun zu der uns beschäftigenden Frage zurück.

Nach dem Gesagten scheint mir eine gewisse Berechtigung zu der Annahme vorzuliegen, dass durch Reizung des Sympathicus das Bild der Chlorose und der perniciösen Anaemie, die ich als Ausdruck einer und derselben Erkrankung von verschiedener Intensität auffasse, bedingt wird.

Wir wissen aber, dass das Bild schwerster Blutarmuth auch auf Grund einer Reihe verschiedenartiger primärer Erkrankungen zu Stande kommen kann. Betrachten wir diese nun näher und sehen wir zu, ob bei denselben an eine Betheiligung des Sympathicus gedacht werden kann.

Der Symptomencomplex der perniciösen Anaemie entwickelt sich hauptsächlich bei folgenden Erkrankungen secundär: 1) bei Magencarcinom, 2) bei Anchylostoma duoden., 3) bei Botriocephal. lat., 4) bei Atrophie der Magen- und Darmwandung und 5) endlich bildet die Gravidität ein entschieden praedisponirendes Moment für die Entwickelung desselben.

Es wird mir wohl unbedingt zugegeben werden müssen, dass bei Magencarcinomen und den erwähnten Darmparasiten eine Reizung des Sympathicus von der Magen- resp. Darmschleimhaut aus sehr wahrscheinlich, ja, ich möchte sogar sagen, sicher ist — wir sehen ja auch eine Reihe anderer Symptome auftreten, die nur auf Sympathicusreizung zurückzuführen sind, wie Speichelfluss, Erbrechen, Pupillenerweiterung etc.

Was das Auftreten des Bildes der perniciösen Anaemie bei Atrophie der Magen- und Darmwandung anlangt, so darf auch hier der Sympathicus nicht aus dem Auge gelassen werden. Ich weise nur darauf hin, dass, wie Strümpell [6]) anführt, die Section als Ursache des gen. Symptomencomplexes eine ausgedehnte Atrophie der Magen- und Darmwandung, zuweilen «mit besonders hervortretender Betheiligung der sympathischen Nervengeflechte», ergab.

Hieran schliesse ich die Anaemia perniciosa gravidarum. Auch in der Schwangerschaft sehen wir vielfach die Folgen einer Sympathicusreizung in Form von Uebelkeit, Erbrechen, Speichelfluss u. s. w. erscheinen. Eine Aenderung in der Zusammensetzung des Blutes in der Gravidität, das sich dem chlorotischer Individuen nähern soll, ist ja schon physiologisch.

Auch die essentielle Anaemie, die wir Chlorose nennen, giebt uns Veranlassung an den Sympathicus zu denken. Wann tritt sie in der Regel auf? Zur Zeit der Pubertät, zur Zeit der Entwickelung des mit dem sympathischen System in innigem Zusammenhang stehenden weiblichen Geschlechtsapparates.

Sie sehen also, m. H., dass in den Fällen, in welchen man eine primäre Erkrankung für die Entwickelung der hochgradigsten Anaemie glaubte als Erklärung heranziehen zu können, der Sympathicus stark in Mitleidenschaft gezogen ist. Sie haben weiter gesehen, welche Bedeutung dieser Nerv für die blutbildende Thätigkeit der Milz hat. Liegt es da nicht nahe, das sympathische System für die Entstehung der sog. primären Anaemien verantwortlich zu machen, die Bleichsucht und die sog. essentielle perniciöse Anaemie als die Folge einer Reizung des sympathischen Geflechtes und eines dadurch bedingten Umschlags in der Thätigkeit der Milz anzusehen, sie als Reflexneurosen aufzufassen. Ich glaube wohl, dass eine derartige Auffassung berechtigt ist und dass diese Hypothese dadurch, dass man im Stande ist, durch sie den gleichen Symptomencomplex verschiedener ursprünglicher Erkrankungen auf eine gemeinschaftliche Basis zurückzuführen, an Boden gewinnt.

Referate.

Prof. S. Kitasato: Ueber die Tuberculin-Behandlung tuberkulöser Meerschweinchen. (Zeitschr. für Hygiene und Infectionskr. Bd. XII. Heft 3).

In den Himmel erhoben – in die Hölle herabgestossen erhebt die Tuberculinfrage wieder ihr Haupt und fängt an in vorsichtiger Reihenfolge Stufe auf Stufe zu ersteigen. Hier hat K. auf nur 6½ Druckseiten seine Erfahrungen mitgetheilt, die er seit dem Juli 1891 an über 50 Meerschweinchen gemacht hatte. «Wenn man Meerschweinchen mit hochvirulenten Reinculturen von Tuberkelbacillen richtig impft, so stirbt jedes Thier ausnahmslos innerhalb ungefähr elf Wochen nach der Impfung an Tuberculose. Wenn es gelingt, durch richtige Anwendung eines Mittels länger als diese Zeit zu erhalten, so ist damit allein bereits ein heilsamer Einfluss eines solchen Mittels erwiesen».

K. inficirte seine Versuchsthiere alle mit derselben Reincultur, derselben Menge und auf derselben Stelle. Die Behand-

[3]) Inaug.-Dissert. Dorpat, 1888.
[4]) Centralblatt für Physiol., 1890, Nr. 7 und 9.
[5]) Recherches sur les modifications qu'éprouve le sang dans son passage à travers la rate etc. Compt. rend. T. LXXIX. 1874.

[6]) Strümpell, Lehrb. d. spec. Pathol. und Therap., 4. Aufl., 1887. Bd. II Th. 2. pag. 193.

lung aber begann zu verschiedenen Zeiten. Je länger dieser Zeitraum nach der Impfung, um so ungünstiger die Prognose. Zu Anfang injicirte er stets 1 mg. Tuberculin und stieg ziemlich rasch. Die Art und Weise des Steigerns hängt ganz und gar vom Allgemeinbefinden des einzelnen Thieres, besonders seinem Gewicht ab. Die höhere Dosis wurde immer nur während einer Gewichtszunahme angewandt. K. hält dieses Individualisiren zur Erreichung guter Resultate für unerlässlich.

Im Text ist nun die Tabelle über die 58 behandelten Meerschweinchen, deren Details im Original zu ersehen sind. Als Resultat sagt K.: Sämmtliche mit Tuberculin behandelte Thiere haben die Controlthiere lange Zeit überlebt, abgesehen von den an intercurrenten Krankheiten gestorbenen. Dieser Unterschied in der Lebensdauer ist so gross, wie er bis jetzt mit keinem anderen Mittel erreicht worden ist, so dass hieraus allein schon der heilsame Einfluss des Tuberculin klar bewiesen ist. Bei den an intercurrenten Krankheiten Gestorbenen zeigten sich deutlich Heilungsvorgänge an den Organen. Die Leber war an der Oberfläche mit eingezogenen Narben besetzt, jedoch frei von allen Knötchen und necrotischen Herden, wie man sie bei Meerschweinchen, die an nicht behandelter Tuberculose starben, nie vermisst. Die Milz war etwas vergrössert und bot ebenfalls narbige Einziehungen dar; Tuberkelknötchen waren nirgends mehr zu finden. In den Lungen zeigten sich noch vereinzelte Knötchen, während an den meisten Stellen der Lungen ebenfalls bereits Narben an die Stelle der vordem dort befindlichen tuberculösen Bildungen getreten waren.

«Ich konnte mich also auf's Bestimmteste überzeugen, dass durch die Tuberculinbehandlung auch die Tuberculose der Lungen der Versuchthiere entschieden günstig beeinflusst werde, wenn es eben unter günstigen Umständen gelingt, ein Thier bis zu der hierzu nöthigen Zeit vor intercurrenten Krankheiten zu schützen.»

«Diejenigen 5 Meerschweinchen, die heute, also über 7 Monate, nach der Infection, noch leben, bei denen das Impfgeschwür längst völlig verheilt ist, deren früher stark geschwollenen Lymphdrüsen nicht mehr palpabel sind, die beständig an Gewicht zunehmen und bei denen schon seit dem 1. Januar 1892 die Behandlung ausgesetzt ist, kurz — die völlig wieder den Eindruck von normalen Thieren machen, hat R. Koch am 21. Januar 1892 von neuem mit Tuberkelkulturen geimpft. Ohne jede weitere Behandlung war der Verlauf dieser 2. Infection folgendermassen:

«Nach einigen Tagen zeigte sich die Umgebung der Impfstelle geschwollen und hart infiltrirt. Nach einer Woche stiess sich die infiltrirte Partie spontan necrotisch ab, und hinterliess eine frisch granulirende Wundfläche, die von selbst in 12 Tagen verheilte, was sonst nie vorkommt. Eine weitere Folge hat diese 2. Infection nicht gehabt, nicht einmal die nächstgelegenen Lymphdrüsen sind dabei angeschwollen. Das Gewicht der Thiere hat bis heute ununterbrochen zugenommen».

«Wenn es also gelingt, ein Thier mittelst Tuberculin zu heilen, dann ist für dieses Thier eine 2. Infection innerhalb einer gewissen Zeit unschädlich».

Masing.

S. H. Scheiber (Budapest): Ein Fall von symmetrischer Asphyxie. (Wiener medicin. Wochensch. Nr. 39, 40, 41, 42. 1892).

Im Jahre 1862 beschrieb Raynaud zuerst ausführlich ein merkwürdiges Krankheitsbild, das auch vor ihm schon beobachtet worden war und das dann nach seinem ersten Beschreiber als Raynaud'sche Krankheit bezeichnet wurde. Es ist eine mit vasomotorischen, trophischen und sensitiven Störungen einhergehende Neurose, die kein einheitliches Krankheitsbild vorstellt, sondern sich erst nach Aufeinanderfolgen verschiedener selbstständiger Krankheitsphasen (Syncope, symmetr. Asphyxie) zu einem completen Krankheitsbilde entwickelt (Symmetrische Gangrän = Sclerodactylie). Bisher sind 119 Fälle bekannt. Das Leiden kommt in jedem Lebensalter vor (1¼ a.—60 a.). In der Aetiologie spielt die neurotische Belastung eine Rolle. — Man unterscheidet 3 Stadien: das syncopale, das asphyktische, das gangränöse. Die Krankheit beginnt gewöhnlich damit, dass gewisse Körpertheile zumeist symmetrisch beiderseits erblassen und anaesthetisch werden (Syncope). Nach einiger Zeit tritt durch Gefässlähmung an diesen Stellen Hyperämie und Cyanose ein und es treten Schmerzen in den afficirten Teilen auf (locale Asphyxie). Später entstehen an diesen Stellen Blasen, welche platzen und unter denen die Haut gangränescirt (symmetr. Gangrän). Nach Abstossung des Brandschorfes bleibt ein eiterndes Geschwür zurück, das unter Narbenbildung heilt. Im Allgemeinen ist die sym. Gangrän dadurch charakterisirt, dass sie keine allzugrossen Verheerungen anrichtet. Dieser Umstand neben der Aetiologie unterscheidet sie auch von anderen Brandarten. Die Krankheit kann aber auch eben so gut auf jedem der beiden ersten Stadien stehen bleiben, sie hat fast immer einen chronischen Verlauf (viele Jahre) und endet selten tödtlich. Auch kommen mancherlei Anomalien in ihrem Verlauf vor. Sie kann, was häufiger ist, paroxysmal verlaufen, oder in persistirender Form auftreten; auch ist in einem Falle ein Uebergehen der Raynaud'schen in die Morvan'sche Krankheit beobachtet worden.

Der Fall des Verf. betraf einen 58jährigen Kaufmann, der nicht nervös belastet und nicht syphilitisch gewesen, aber in früheren Jahren viel an Rheumatismus gelitten hatte. Er bemerkte im Sommer 1882 zuerst leichtes Ermüden beim Gehen und verspürte Ermüdungsschmerzen. Die Füsse wurden immer schwerer und bekamen eine cyanotische Färbung. Im Herbst schwollen sie bis zu den Knieen stark an, nachdem die Cyanose derartig zugenommen hatte, dass man ein Brandigwerden befürchtete. Zudem kam, dass die Füsse stets eiskalt waren und ununterbrochen rasende Schmerzen verursachten. Bei Hochlagerung waren sie geringer. Im Sommer 1883 besserte sich Pat. nach einer Badekur soweit, dass er wieder auftreten und gehen konnte, wobei auch die Cyanose merklich nachliess. Im Herbst Periostitis der linken Zehe. mit Abscessbildung, langdauernder Eiterung und heftigen Schmerzen und Kriebeln in dieser Zehe. Mit Aufhören der Eiterung sistirten die Schmerzen, aber das Kriebeln wurde heftiger, verbreitete sich auf den ganzen linken Fuss, sogar später auch auf den rechten Fuss. Es war äusserst heftig und qualvoll; im Gegensatz aber zur vorhergegangenen Krankheitsperiode, wurden diese Parästhesien geringer bei Tieflagerung der Beine. Im Frühjahr 1884 folg. Status: Sehr abgemagerter Kranker; Beine wie Hopfenstangen aussehend. Waden an ihren dicksten Stellen rechts 25 Ctm. Umfang, links 20 Ctm. Hautfarbe am ganzen Körper blass, nur an den Füssen und an den Unterschenkeln blauroth; hier die Haut atrophisch, glänzend von feinen venösen Gefässnetzen durchsetzt. Die ganze linke Seite, inclusive die unteren Facialiszweige paretisch. Sensibilität links herabgesetzt. Paraparese der Beine; linkes Auge amblyopisch. Links das Gehör herabgesetzt. Keine Ablenkung der Zunge, wohl Zittern. Plantarreflex und Fussclonus fehlend. Cremaster- und Bauchreflex, sowie elektromusculäre und sensitive Reaction normal. Kniereflex rechts normal, links etwas gesteigert. Leichtes Lungenemphysem, Athmung arhythmisch und beschleunigt. Puls 90—110. Leber und Milz etwas vergrössert. Keine Arteriosklerose, keine Kopfschmerzen, kein Schwindel, keine Ataxie, kein Schwanken bei geschlossenen Augen. Geistige Functionen normal, bis auf Gedächtnissschwäche seit den letzten Jahren. Stets Kältegefühl in den Beinen bis zu den Knieen und Kriebeln in den Füssen. Wegen der Paraparese kann Pat. kaum 2 Minut. stehen, ohne zusammenzuknicken.

Auf eine Besprechung und Deutung der Symptome übergehend, erklärt Verf. den cyanotischen Zustand an den Extremitäten durch einen anfänglichen Krampf mit späterer dauernder Lähmung der kleinsten Venen; die Paraparese sei als Folge der hochgradigen Muskelatrophie anzusehen; letztere sei reflectorisch entstanden. Das Kriebeln ist bedingt durch eine Neuritis, welche wahrscheinlich von der Periostitis ausgegangen ist. Für die linksseitige Hemiparese müsse man wohl eine capilläre Apoplexie des Gehirns annehmen. Auch für die bulbären Erscheinungen (arhythm. u. frequ. Athmen, acceler. Puls) müssten ampulläre Ausdehnungen kleinster Gefässe verantwortlich gemacht werden. Ohne auf die weiteren Ausführungen des Verfassers einzugehen, erwähnen wir noch, dass therapeutisch faradische dipolare Bäder jeden anderen Tag zur Verwendung kamen, nach welchen bedeutende Besserung eintrat. Besonders das Kriebeln, welches der Behandlung mit dem faradischen Strom nicht wich, besserte sich und schwand nach den Bädern. Pat. ist 2 Jahre später an Darmkrebs gestorben.— Das Wesen der Krankheit berücksichtigend, vertritt Verf. einen vermittelnden Standpunkt; während nämlich die einen Autoren die symm. Gangrän als eine Trophoneurose, die anderen als eine Angioneurose ansehen, fasst Verf. das syncopale und asphyktische Stadium der symmet. Gangrän als vasomotorische Neurose, den Process der symmetr. Gangrän selbst als wirkliche Trophoneurose auf. Bei Reizungszuständen leichterer Art oder bei leichteren organischen Veränderungen in der Medulla obl. treten angioneurotische Veränderungen (Angiospasmen und Angioparesen) auf; bei stärkeren Reizungen dieses Organes, oder anderer trophischer Centralorgane, bei Reizung peripherer Nerven etc. treten dystrophische Processe in Form von symmetrischer Gangrän auf. Zumeist ist als Ursache der Raynaud'schen Krankheit eine Affection des Centralnervensystems anzunehmen, jedoch kommt es auch vor, dass periphere Veränderungen dafür verantwortlich gemacht werden müssen. (Aehnlich wie die periphere Neuritis doch meist symmetrisch bilateral auftritt). Dagegen seien die seltenen Fälle von einseitiger Raynaud'scher Krankheit immer als aus peripheren Ursachen entstandene anzusehen. Der lesenswerthen Arbeit folgt ein reiches Litteraturverzeichniss.

Kallmeyer.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. H. Fischer: Specielle Chirurgie. Wreden's Sammlung medicinischer Lehrbücher. Band IX. Berlin Verlag von Friedrich Wreden 1892.

In dieser Sammlung ist bekanntlich schon eine ganze Reihe hervorragender Werke erschienen. Der vorliegende Band reiht sich seinen Vorgängern würdig an; der hochverdiente Verf. hat sich mit seinem Buch ein schönes Denkmal gesetzt. Inhaltlich wird man sich, bis auf einige unwesentliche Einzelheiten, durchweg mit Fischer einverstanden erklären müssen, er giebt ein vollständiges und wahrheitsgetreues Bild der Chirurgie unserer Tage. Die eifrige Arbeit auf dem grossen Gebiet hat F. bis in die allerneuste Zeit hinein verfolgt und mit wohlthuender Kritik und Objectivität für seine Darstellung verwerthet. Sein subjectiver Standpunkt in Streitfragen tritt überall deutlich hervor, ohne dass er zu vordringlich geltend gemacht wird, wie in einigen andern Lehrbüchern. Dem einzigen Vorwurf, der dem Werk gemacht werden könnte, ist der Verf in seiner Vorrede zuvorgekommen: die Verlagshandlung hat ihm zeitliche und räumliche Schranken gezogen. Daher konnte die Darstellung nicht so fliessend und elegant ausfallen, wie es bei gehöriger Musse und namentlich bei Vermeidung der durch den ganzen Plan des Sammelwerkes geforderten grossen Kürze geschehen wäre. Der Satzbau ist häufig recht complicirt durch Ineinanderschachteln von Nebensätzen, von Parenthesen ist überreicher Gebrauch gemacht. Doch können wir dem Verf. nur dankbar sein, dass er es vorgezogen hat, das Buch in vorliegender Fassung herauszugeben, statt einer angenehmeren Stylisirung die Vollständigkeit zu opfern. Jedenfalls können wir das Werk zum gründlichen Studium bestens empfehlen, es wird weit mehr Nutzen bringen als die bei den Studierenden leider beliebten kleinen Compendien. Druck, Abbildungen, kurz die äussere Ausstattung des Buches berühren das Auge durch Sauberkeit, Deutlichkeit und genügende Grösse sehr angenehm.

Wanach.

S. Guttmann: Jahrbuch der praktischen Medicin. Jahrgang 1892. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke.

Das von Paul Börner begründete, jetzt unter Mitwirkung zahlreicher in der medicinischen Literatur wohlbekannter Autoren von S. Guttmann herausgegebene Jahrbuch ist so bekannt, dass es einer Empfehlung unsrerseits nicht bedarf. Wir begnügen uns daher das Erscheinen des Jahrganges 1892 anzuzeigen und zu constatiren, dass auch er die bekannten Vorzüge: kritische Sichtung des umfassenden Materials, Kürze, Klarheit in bekannter Weise bietet. Besonders den praktischen Aerzten, denen die grossen Jahresberichte von Schmidt und Virchow-Hirsch, die auch anders angeordnet sind und andre Zwecke verfolgen, nicht zur Verfügung stehen, ist die Anschaffung des «Jahrbuchs der praktischen Medicin» sehr anzurathen.

W.

Josef Albert Altmann jr.: Ueber Neubildungen der Cervicalportion des Uterus. München Verlag von Lehmann 1892.

In dieser anregend geschriebenen Brochüre behandelt Verf. auf Grund seiner vieljährigen Erfahrungen als Assistent für Mikroskopie der Winckel'schen Klinik das praktisch so wichtige Capitel der Neubildungen des unteren Uterusabschnittes. Besonderes Interesse verdienen die 3 ersten vom Verf. genau beschriebenen und analysirten Fälle. Es sind ein Fall von Myxadenoma polyposum cervicis, ein Fall von Adenocarcinoma gelatinosum sarcomatodes und ein Endothelioma lymphaticum portionis vag., das von den Lymphbahnen der Cervicalschleimhaut seinen Ausgang genommen hatte und als erster derartiger Befund am Cervix besonderes Interesse verdient. Die Hauptmasse des Tumors bestand aus grösseren und kleineren mit centralen Hohlräumen versehenen Strängen die sich aus polygonalen oder Spindelzellen mit bläschenförmigem Kern zusammensetzten und in ein faseriges Bindegewebe eingelagert waren. Für die Abstammung der Zellen der neugebildeten Stränge von Endothelzellen der Lymphgefässe sprach der Umstand, dass nirgends die centralen Hohlräume von flachen eine besondere Gefässwand darstellenden Zellen begrenzt wurden noch sich ebensowenig an der Aussenseite der Stränge eine normale Endothelzellenumrahmung nachweisen liess. Die neugebildeten Stränge begleiteten meist die Blutgefässe, letztere waren mit rothen Blutkörperchen, die Lumina ersterer häufig mit Leukocyten angefüllt. Charakteristische Bilder erhielt Verf. von den perivasculären Lymphräumen, — die bekanntlich in der Uterusschleimhaut höherer Säugethiere und des Menschen vorkommen — die vom Epitheliom befallen sichelförmige Durchschnitte ergaben, in deren Mitte sich der Gefässdurchschnitt fand. Für alle 3 erwähnten von Verf. beschriebenen Präparate ist die einschlägige Literatur angeführt.

In der zweiten Hälfte seines Buches bespricht Verf. an der Hand eigener Beobachtungen die Histiogenese des Carcinoms. Er erklärt sich als unbedingter Anhänger der Thiersch-Waldeyer'schen Theorie, weicht aber in einigen Details von den allgemein gültigen Anschauungen ab. So erklärt er sich gegen die Annahme, dass die meisten Cervicalcarcinome von den Drüsenepithelien der Cervicalschleimhaut ausgehen — dieses sei das seltenere Verhalten. In der Majorität der Fälle soll das Cervicalcarcinom vom Deckepithel der Cervicalschleimhaut ausgehn; dabei kann das atypisch proliferirende Deckepithel in die Lumina der Cervicaldrüsen hineinwuchern. So entstehen häufig Bilder, die zur Annahme verleiten können, als handele es sich um das gewucherte Epithel der befallenen Drüsen, während in der That die Drüsenepithelien dabei eine nur passive Rolle spielen. Als Beleg für diese Ansicht werden Befunde angeführt. Andrerseits können die wuchernden carcinomatösen Epithelmassen zwischen die die Drüsen umgebenden spindelförmigen Stromazellen und die eigentlichen Drüsenepithelien hineinwachsen. Dann werden die Drüsenepithelien nach dem Lumen der Drüse zu hineingebuchtet, wobei sie ihre Form derartig verändern, dass sie spindelig werden. Findet der Process von allen Seiten der Drüse her statt, so erfolgt eine concentrische Einengung der Drüsenepithelien und es entstehen Carcinomstränge mit centralem Lumen, dessen Begrenzung von endothelartigen Zellen gebildet wird. In diesen Endstadien ist die Entscheidung, ob es sich um von Carcinom umwucherte Blut- resp. Lymphgefässe oder um umwucherte Cervicaldrüsen handelt, schwer zu treffen. Weitere interessante Befunde des Verf. müssen im Original eingesehen werden, es sei hier nur noch ein Fall von Plattenepithelcarcinom des Cervix angeführt, wobei nach der Erklärung des Verf. den Anstoss zur Carcinomentwickelung der vom Plattenepithel ausgehende Epidermidalisirungsprocess der ectropionirten Cervicalschleimhaut gegeben hatte, d. h. das Carcinom war dadurch entstanden, dass die Wucherung der Plattenepithelien sich nicht auf die Grenzen des gewöhnlichen Heilungsprocesses bei Ectropien und Erosionen beschränkt hatte, sondern schrankenlos das Gewebe der Portio, entsprechend den Lymphbahnen derselben, durchsetzend vorgedrungen war. Nur in wenigen Einzelheiten kann Ref. mit dem nicht übereinstimmen. Die vom Verf. auf pag. 15 beschriebene Wucherung des epithelialen Ueberzuges des Polypen kann Ref. im Widerspruch zum Verf. unmöglich schon als malign bezeichnen. Aehnliche vom Referenten untersuchte Befunde entsprachen in ihrem klinischen Verlaufe nicht malignen Processen. So wichtig auch die vom Verf. mit Recht betonten Vortheile der modernen mikroskopischen Untersuchung für die Diagnose sind, darf ihr Werth doch auch nicht überschätzt werden. Verf. giebt selbst auf pag. 90 mit Klebs zu, dass häufig aus gutartigen Epithelwucherungen maligne carcinomatöse durch ganz allmählige Uebergänge hervorgehen.

Als äusserer Mangel wäre bei einer neuen Auflage des Buches die ein wenig unübersichtliche Anordnung des Stoffes zu verändern. Amanns Buch wird wohl von jedem Gynäkologen mit grossem Interesse gelesen werden.

Das Buch ist von der Lehmann'schen Verlagsbuchhandlung gut ausgestattet und mit 26 instructiven Abbildungen auf 12 Tafeln versehen.

W. Beckmann.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 7. October 1892.

Es referiren über die zur Zeit in Riga herrschende Cholera-Epidemie: 1) Dr. Heerwagen über die zeitliche und örtliche Vertheilung der Cholerafalle in Riga. Der erste Kranke (am 11. Aug.) ist ein wohnungsloser Schiffsarbeiter, der im Hafen bei der Mitauer Vorstadt auf einem Dampfer, der Salz aus Eupatoria gebracht hatte, beschäftigt war. Eupatoria galt als seuchenfrei, auf der Reise ist angeblich von der Mannschaft des Dampfers Niemand krank gewesen. In nächster Nachbarschaft dieses Dampfers lagen jedoch Schiffe, welche aus Häfen kamen, die bereits damals mindestens für choleraverdächtig erklärt werden können. Mit Sicherheit lässt sich jedoch nicht erweisen, wie die Cholera nach Riga gelangt ist. Die nächsten 9 Erkrankungen (bis zum 26. Aug.) betreffen Leute, die auf Schiffen in jenem Hafen ihre Beschäftigung hatten. In Summa registrirte Referent bis dato 126 Fälle, bemerkt aber, dass diese Zahl vielleicht einer Correctur bedürfe, da sowohl noch nachträglich Fälle entdeckt werden könnten, als auch von den registrirten vielleicht der eine oder andere Fall sich als nicht cholerakrank erweisen kann. An der Hand einer graphischen Darstellung demonstrirt Referent, wie sich die Fälle auf die einzelnen Tage vertheilen; es ergiebt sich, dass die höchste Erkrankungszahl pro Tag 6 beträgt, und dass die Zahl der Erkrankungen bereits stark im Rückgange begriffen ist.

Auf die örtliche Vertheilung in der Stadt übergehend erörtert Vortragender, dass er von einer Eintragung der einzelnen Fälle in den Stadtplan Abstand genommen habe, weil dem Bedenken gegenüber standen. Welcher Punkt sollte markirt werden: der der wahrscheinlichen resp. erwiesenen Infection, der Ort der Erkrankung oder die Wohnung? Es inficirt sich z. B. ein Baggerarbeiter auf der Düna, wohnt an der grossen Moskauer Strasse und erkrankt plötzlich auf dem Dünamarkte, schleppt sich in eine Kneipe an der Neustrasse und wird von dort in die Rettungsanstalt gebracht. Welcher Ort soll markirt werden? Das wesentliche Interesse verdienen Ort und Art der Infection. Wenn auch jeder einzelne Erkrankungsfall in der Stadt zu weiterer Infection Gelegenheit geben kann, so ist doch für die diesjährige Epidemie festzustellen, dass die Infection durch Gebrauchswasser wahrscheinlich die grösste Rolle gespielt hat. Matrosen und Schiffsarbeiter aus dem Hafen bei der Mitauer Vorstadt, die gewohnheitsgemäss ihren Wasserbedarf direct aus der Düna schöpfen, bilden die erste Erkrankungsgruppe. Eine zweite wird von der Cementfabrik in Bolderaa namentlich an einem hart an der Düna gelegenen Hause geliefert, dessen Einwohner vor dem Hause ihre Abwässer in den dort fast stromlosen Fluss giessen, ihre Wäsche in demselben waschen und an derselben Stelle ihr Gebrauchswasser schöpfen. Eine 3. Gruppe von Erkrankungen liefern die Endtheile der Graben- und Trinitatisstrassen, deren Einwohner ihr Gebrauchswasser grösstentheils der Hagensberger Bucht entnehmen. Einzelne Erkrankungen auf Baggerprähmen im grossen Strom der Düna, von Arbeitern auf dem Wasser beim Andreasdamm bei Hasen- und Böhnkensholm beschliessen die Gruppe der auf das Gebrauchs- resp. Trinkwasser zurückzuführenden Infectionen. Etwa ²/₃ aller Erkrankungen lassen sich auf diesen Ursprung zurückführen, während der Rest auf Infection der Wohnungen, durch von Kranken besudelte Gegenstände entfällt. Nicht immer lässt sich natürlich die Infectionsquelle nachweisen, da leichteste Erkrankungen, welche nur in Ausnahmsfällen constatirt werden können, den Infectionskeim verschleppen. Ein prägnantes Beispiel hierfür wird vom Vortragenden angeführt.

Cholerabacillen in dem verdächtigen Wasser nachzuweisen, ist in Riga ebensowenig gelungen, wie in Hamburg und anderen Orten. Hervorgehoben zu werden verdient, dass die Düna nur bis Hasen- resp. Böhnkensholm als inficirt angesehen werden kann, mithin also 2 Werst unterhalb der Stelle, wo das Wasser für die städtische Wasserleitung entnommen wird.

2. Dr. Kraunhals referirt über die von ihm in bisher 52. Fällen von Cholera ausgeführte bakteriologische Untersuchung. Referent bedauert Kulturen nicht vorzeigen zu können, doch seien solche jederzeit zur Einsichtnahme im bakteriologischen Laboratorium des Stadtkrankenhauses vorhanden. Nach kurzer Recapitulirung der Wachsthumseigenthümlichkeiten der Kommabacillen bespricht Referent die Bedeutung eines möglichst schnellen Nachweises der Cholerabakterien in einem ersten verdächtigen Falle. Es seien hierzu in neuester Zeit mehrfache Verfahren angegeben und zum Theil auch vom Referenten nachgeprüft. Als sicheres Verfahren könne derselbe jedoch nur die Aussaat auf Gelatineplatten ansehen: diese ermögliche denn aber auch für einen geübten Untersucher eine zweifellose Diagnose bereits nach 24 Stunden. Was den ersten in Riga beobachteten Cholerafall anbetrifft, so gelangte derselbe am Tage der Aufnahme in das allgemeine Krankenhaus auch zur bakteriologischen Untersuchung. Es war das am 11. August. Die auf neutraler Gelatine (welche augenblicklich nur vorhanden war) vorgenommene Plattenaussaat liess erst nach 3 mal 24 Stunden charakteristische Choleracolonieen in verhältnissmässig geringer Zahl erkennen. Die Colonien lagen in den Platten so ungünstig (an dicht gesäeten Stellen), dass eine isolirte Abimpfung unmöglich war. Trotzdem ein Bacteriengemisch verimpft wurde gestaltete sich das Wachsthum in den Gelatinestichkulturen anfangs vollständig charakteristisch; eine entnommene Probe wies aber neben kommaförmigen Bacillen sehr reichlich auch viele Stäbchen auf, war also nicht demonstrirbar. Aus dem Bakteriengemisch sollten zur abermaligen Isolirung wiederum Platten angefertigt werden. Unterdess waren jedoch 5 Tage vergangen und gelangten am 16. August 3 weitere Cholerafälle zur Aufnahme in das allgemeine Krankenhaus. Die bakteriologische Untersuchung des ersten Falles wurde daher vorläufig unterbrochen, und war in sofern nicht mehr dringend erforderlich, da die 3 letztgenannten Fälle in den Dejectionen die Cholerabakterien fast in Reinkultur darboten. Am 22. August waren Kulturen auf Gelatinplatten, Gelatinstichkulturen, Milchkulturen, Kartoffelkulturen und Bouillonkulturen zur Demonstration bereit, Obgleich Referent auch trotz der unvollkommenen Untersuchung des ersten Falles persönlich überzeugt war, dass es sich um Cholera asiatica handele, glaubte er seine Diagnose doch erst dann mit Bestimmtheit aussprechen zu dürfen, wenn er über Kulturen und Präparate verfügte, die im Stande wären auch einen Laien auf bacteriologischem Gebiete zu überzeugen. Dieses war erst am 22. August der Fall.

In der Folge ist vom Vortragenden noch eine grössere Reihe von bakteriologischen Untersuchungen ausgesprochener oder Choleraverdächtiger Fälle vorgenommen worden — im Ganzen 53. Von diesen lieferten 43 ein positives Resultat, 7 mal konnten durch die Aussaat auf Gelatineplatten keine Choleracolonien constatirt werden. 3 mal blieben die Platten überhaupt steril. Es waren dieses von auswärts zugesandte Stuhlproben, in welche wahrscheinlich Desinfectionsmittel hineingerathen waren. Referent behält sich vor, gelegentlich noch eingehender auf den negativen Plattenbefund bei Choleraähnlichen Fällen dieser Epidemie zurückzukommen.

Referent betont bei Besprechung des morphologischen Verhaltens der Cholerabakterien dass man sich nicht allzuängstlich an die Commaform halten dürfe. Diese Form sei an ganz bestimmte Culturbedingungen gebunden, bei schnellem Wachsthum würden z. B. nur Kurzstäbchen producirt und sehe man solche neben den ausgesprochenen Komma's stets in grosser Menge in den Schleimflocken der Dejectionen.

Ferner geht Referent etwas näher auf die Kartoffelkulturen ein, behält sich jedoch vor, hierüber noch a. a. O. eingehender zu berichten.

Zu den bakteriologischen Untersuchungen der Dejectionen kommt noch eine Wasseranalyse (Dünawasser von 3 verschiedenen Orten). Die bakteriologische Untersuchung dieser Proben (vermittelst des gewöhnlichen Plattenverfahrens) hatte ein negatives Resultat — es fanden sich keine Cholerakolonien — alle ähnlich aussehenden Herde erwiesen sich bei der Weiterkultur und mikroskopischen Untersuchungen als aus andersartigen Bakterien bestehend.

Referent hat im Krankenhause 17. Sectionen von Choleraleichen ausgeführt. Dieselben boten keine Abweichungen von dem gewöhnlichen Befunde dar. Speciell zu erwähnen wäre, dass der Darminhalt durchaus nicht immer die fast sprichwörtliche Reiswasserbeschaffenheit hatte, sondern in c. ¹/₃ der Fälle anders gefärbt war und dass eine auch schon makroskopisch sich verrathende Veränderung der Nieren alle mal vorfand. Ein Milztumor fand sich nur einmal (höchst wahrscheinlich frühere Malaria), von Complicationen einmal pneumonische lobuläre Herde.

Auf die Anfrage von Dr. Mandelstamm, ob auch im Erbrochenen Cholerabacillen gefunden seien, erwiderte Dr. Krannhals, dass er Erbrochenes nicht untersucht habe.

3. Dr. v. Radecki berichtet über den klinischen Verlauf der Cholera auf Grund seiner Beobachtungen in der Choleraabtheilung des Stadtkrankenhauses. Vom 11. August bis zum 6. October wurden aufgenommen 95 Kranke, doch befanden sich unter denselben einige, wo die Diagnose Cholera nicht absolut sicher gestellt werden konnte. Es starben 44, was eine Mortalität von 41,8 pCt. ergiebt. Die Genesung erfolgte durchschnittlich innerhalb 6—7 Tagen. Das Stadium typhoideum wurde in 13 Fällen beobachtet; 7 von diesen Fällen starben. Gewöhnlich ging dem Typhoid das Stad. asphycticum voraus, mitunter kam es auch ohne dieses zum Typhoid. Zu starker Austrocknung aller Gewebe ist es nur in verhältnissmässig wenigen Fällen gekommen, der Tod erfolgte vielmehr in der Regel durch die allgemeine Intoxication. Diselbe Beobachtung ist auch von Cantani in der Epidemie von 1889 in Neapel gemacht worden. Das Typhoid hat sich nie als solches in engerem Sinne, d. h. mit Temperatursteigerung etc. gezeigt, sondern bot immer das ausgesprochene Bild der Uraemie dar.

Bezüglich der Therapie betont Dr. Radecki die völlige Wirkungslosigkeit der vielgerühmten Antiseptica, wie Lysol, Creolin, Salol etc Er hält den Gebrauch derselben für nicht unbedenklich, da bei diesen Kranken die Nieren gewöhnlich nicht functioniren. In frischen Fällen ist Referent mit den Erfolgen der Cantani'schen Enteroklysen von ¹/₂ pCt. Tanninlösung zufrieden gewesen. Dieselben sind. so weit es möglich, nach jedem Stuhlgang zu wiederholen. Kein Fall der vom Beginn der Erkrankung an so behandelt werden konnte, hat einen schweren Verlauf genommen. Die Opiate hat Referent bald verlassen, weil sie die Diarrhoe nicht günstig, das Herz aber entschieden ungünstig beeinflussen. Im Stad. asphycticum hat Referent einen günstigen Einfluss von der so gerühmten Hypodermatoklyse und den intravenösen Infusionen von Kochsalzlösung nicht constatiren können. In gleichschweren Fällen leisteten mehrfache Injectionen von Campheröl entschieden mehr.

Das typhoide Stad. hat Referent nach den Indicationen der Urämie mit heissen Bädern, Einpackungen und Pilocarpininjectionen, Abführmitteln und selbst Venaesectionen behandelt, ohne aber der Therapie besonderen Erfolg zuschreiben zu können. Immerhin glaubt Referent, dass die Venaesection im Beginn des Typhoids von günstigem Einfluss sein könne.

Dr. Hofmann berichtet über die in der Cholerabaracke jenseits der Düna behandelten Kranken. Seit dem 25. September wurden eingeliefert 20 Fälle, von denen 2 als nur choleraverdächtig ausgeschieden werden müssen. Gestorben sind 7 Fälle und zwar 5 im Stad. asphyct. 2 im Choleratyphoid. Geheilt entlassen sind 4 Fälle. Die Hypodermatoklyse wurde in 11 Fällen angewandt und möchte Dr. Hofmann ihren Nutzen nicht

in Abrede stellen. Allerdings hat sie bei sehr schweren asphyctischen Zuständen im Stiche gelassen. Der Puls hob sich auch nach der Infusion von 2000 Cc. nicht oder nur sehr wenig. Campher und Aether hatten hier aber eben so wenig Erfolg. Wenn bei der Hypodermatoklyse das Wasser sehr langsam aus dem Apparat abfloss, die Resorptionsfähigkeit der Lymphgefässe also stark darniederlag, war nie ein Erfolg zu bemerken, während bei rascher Resorption der Puls sich innerhalb einer halben Stunde hob und sich auch meist auf derselben Höhe erhielt. In einigen Fällen, wo der Puls nach 3—4 Stunden wieder etwas schwächer wurde, entfalteten dann Campher und Aether ihre volle Wirkung. Namentlich scheint Campher nach vorausgeschickter Hypodermatoklyse den Puls besser zu beeinflussen als ohne dieselbe. In einem schweren Falle, der mit starker Cyanose und schwachem Puls aufgenommen wurde, wurde die Behandlung mit einer 4 Minuten dauernden Sitzwanne von 20° und darauf folgender Einpackung eingeleitet. Der Erfolg war ein prompter. Der Puls wurde bald kräftiger und die Krankheit nahm einen günstigen Verlauf.

Dr. Meyer hat in Bolderaa 10 Fälle zu behandeln gehabt. Alle Patienten hatten Wasser aus der Düna oder stehenden Gewässern getrunken. Gestorben sind 8 Fälle, davon einer im Typhoid. Bezüglich des Stuhlganges verhielten sich die Patienten sehr verschieden. Einige hatten im Hospital gar keine Stuhlentleerungen, während andere unzählige Stühle deponirten. Ebenso verschieden verhielten sich die Patienten in Bezug auf das Erbrechen. Die Therapie erwies sich als ohnmächtig. Die Tanninenteroklyse scheint nur in leichten Fällen zu wirken. Die Hypodermatoklyse wurde an 6 Patienten 14 mal ausgeführt. Nur 3 mal zeigte sich eine geringe Besserung des Pulses. Auch Campher und Aether hatten keinen Erfolg.

z. Z. Secretär: E. Dahlfeld.

Herrmanniana.

Nachtrag zum Nekrolog von
Dr. Friedrich Herrmann.

Am 9. Sept. 1883, als Dr. F. Herrmann sein 50jähriges ärztliches Jubiläum feierte, erschien ein gedrucktes Heft unter dem Titel Herrmanniana. Jenes Heftchen war von Dr. F. Wulff zusammengestellt und enthielt ein Register aller vom Jubilar veröffentlichten medicinischen Aufsätze und seiner mündlichen Vorträge in den Vereinen und gab auf diese Weise ein Bild seiner wissenschaftlichen Thätigkeit. Jetzt, nach Abschluss eines arbeitsreichen Lebens, da wir noch einmal das Bild des ganzen Mannes vor unserer Erinnerung vergegenwärtigen, ist es für den zeitgenössischen Leser von Interesse im Anschluss an den Nekrolog auch die wissenschaftliche Arbeit des Dahingeschiedenen noch einmal zusammenfassend zu recapituliren. Unsere Zeit lebt rasch. Ohne Unterlass erscheinen neue Fragen, rasch erhitzt sich das Interesse, in wenigen Wochen oder Monaten werden sie brennend, um auch ebenso rasch zu erlöschen zu erkalten und vergessen zu werden. Eine Uebersicht über Herrmanns wissenschaftliche Thätigkeit giebt uns zugleich ein Spiegelbild der medicinischen Zeitfragen, wie sie successive das Interesse der St. Petersburger Aerzte fesselten. Seine Stellung am grössten Hospital der Residenz befähigte ihn ganz besonders zur Bearbeitung der epidemischen Krankheiten, so liegen denn auch seine bedeutendsten Leistungen auf diesem Gebiet. Ganz besonders sei an dieser Stelle hervorgehoben, dass Herrmann der erste war, welcher im Herbst 1864 die damals neben dem Flecktyphus herrschenden typhoiden Fieber als Febris recurrens erkannte und beschrieb.

Im Folgenden geben wir die Titel seiner gedruckten Aufsätze sowie seiner in den Protokollen der Vereine niedergelegten mündlichen Vorträge — eine reiche Casuistik — in chronologischer Folge; die erstern sind, — soweit uns bekannt alle, — in den einheimischen medicinischen periodischen Editionen erschienen 1857—59 in der «medic. Zeitung Russlands», 1860—75 in der «St. Petersb. med. Zeitschrift», 1876—92 in der «St. Petersb. med. Wochenschrift»:

A. Original-Abhandlungen.

1857. 1. Hermaphroditismus.
2. Therapie einiger chron. Ausschläge.
3. Pseudoplasmen des Gehirns.
4. Jahresbericht des Obuchow-Hospitals für 1856.
5. Hydatide der Leber, durch Punction geheilt.
1859. 6. Therapie der acuten Peritonitis.
1861. 7. Ueber die während einer Gripppe-Epidemie im Ob.-Hosp. beobachteten Lungen-Entzündungen.
1862. 8. Notizen über das Obuchow-Hospital.
1863. 9. Fall Basedowscher Krankheit.
10. Der Scorbut im männl. Obuchow-Hosp. 1862.
1864. 11. Invagination des Ileum.
1865. 12. Die Febris recurrens in St. Petersburg.
1866. 13. Die Meningitis cerebro-spinalis epidemica.
1867. 14. Beitrag zur Kenntniss der Recurrens und ihrer Anomalien.
15. Missbrauch geistiger Getränke in Russland. (Auch russisch im «Архивъ Судебной Медицины 1868).
16. Fall von Perinephritis purulenta mit Durchbruch in die Lunge.
1869. 17. Acute tödtliche Jodvergiftung.
1870. 18. Zur Statistik und Aetiologie der Volkskrankheiten in St. Petersburg (russisch im «Архивъ Судебной Медицины» 1871).
1872. 19. Vergiftung durch scharfe Gase und Dämpfe.
1875. 20. Zur Kenntniss der Hydrophobie und ihrer Behandlung.
1876. 21. Die Flecktyphus-Epidemie 1874—75.
1878. 22. Vergiftung durch gesalzenen und gedörrten Stockfisch.
1879. 23. Zur Diagnose des Anthrax intestinalis.
24. Eine eigenthümliche Pulver-Verletzung.
25. Schusswunde mit Verletzung der Brust und Bauchhöhle.
1880. 26. Zur Diagnose des Pankreas-Krebses.
1881. 27. Der Scorbut im Jahre 1880.
28. Lauwarme prolongirte Bäder beim Flecktyphus.
29. Beitrag zur Desinfectionsfrage.
1886. 30. Prophylaxis beim Biss wuthkranker Thiere.
1887. 31. Нѣсколько данныхъ о брюшномъ тифѣ въ Обуховской больницѣ въ 1886 г. («Русская Медицина»).
1889. 32. Die Influenza in St. Petersburg 1889.
1892. 33. Воспоминанія о холерныхъ эпидеміяхъ въ С.-Петербургѣ («Вѣстникъ общ. гигіены» etc.).

B. Vorträge und Demonstrationen.

Diejenigen Mittheilungen im Deutschen ärztlichen Verein, welche später als Original-Abhandlungen gedruckt sind, haben wir in der folgenden Uebersicht nicht berücksichtigt, da sie schon unter A verzeichnet sind.

1857—58. 1. Die während der Grippe-Epidemie im Nov. 1857 herrschenden Pneumonieen und deren Ausgang in Lungen-Abscess.
2. Carcinom des Ovariums.
3. Epilepsie von 30jähriger Dauer-Obduction.
4. Dysphagia periodica: Strictura oesophagi u. s. w.
5. Magengeschwür.
6. Endocarditis und Markschwamm der Leber.
7. Axendrehung des Dünndarms.
1858—59. 8. Phosphornecrose.
9. Abscessbildung im Herzen.
10 Krebs des Oesophagus.
11. Lebercarcinom.
12. Hydrophobie.
13. Embolie der linken Art. fossae Sylvii.
1859—60. 14. Diphtherie und ihre Lähmungen.
15. Lösbarkeit der Croup-Membranen.
16. Icterus gravis.
17. Zwei Phosphornecrosen.
18. Makrodactylie.
19. Neurosen und Peritonitis der Freudenmädchen.
20. Echinococcus der Leber.
21. Delirium tremens.
22. Embolie.
23. Cancer medull. hepatis.
24. Cancer generalisatus.
25. Chloroform gegen Singultus.
26. Tibetanische Volks-Aerzte.
27. Ammon. arsenicosum bei Diphtherie.
28. Schnürleber.
1860—61. 29. Angina Syphilitica.
30. Ueber Opium.
31. Opium bei Melancholie.
32. Obduction nach Schwefelsäure-Vergiftung.
33. Hämatocele retrouterina.
34. Kohlendunst-Asphyxie.
35. Veitstanz durch Chinin geheilt.
36. Icterus gravis.
37. Doppelter Selbstmord-Versuch.
38. Hydrops nach Diphtherie ohne Albuminurie.
1861—62. 39. Hochgradige Trachealstenose.
40. Entlassungstermin der Wöchnerinnen.
41. Kühle Bäder bei Typhus.
42. Watteverband bei Verbrennungen.
43. Verbrennung des Larynx durch Dampf-Glottisödem.
44. Darmbefund bei Typhus.
45. Knochenneubildung nach Resection.
46. Krankenwärter in Hospitälern.

1861—62. 47. Choleratyphoid und Uraemie.
48. Obduction nach Embolie.
49. Ovarialcyste, vielfächerige.
50. Bericht über den Krankheitsgenius.
51. Perforatio ventriculi.
52. Rotzkrankheit.
1862—63. 53. Scorbut mit Rippenlösung.
54. Therapie syphilit. Bubonen
55. Unvollendete Penisamputation.
56. Tödtliche Fracturen durch Explosion.
57. Blutung nach Tonsillotomie.
58. Sarkom; — Tod durch Pyämie.
59. Fractur und Luxation des 6 Halswirbels.
60. Zwei weitere ähnliche Fälle.
61. Penetrirende Schusswunde der Brust.
62. Nomenclatur der Krankheiten in den Spitälern.
63. Tod durch Stein in der Prostata.
64. Volvulus des S romanum.
65. Zwei Fälle von blauer Eiterung.
66. Galvanopunctur bei Hydrocele.
67. Tödtliche Flächenblutung des Ileum.
68. Tod in Folge von Schussverletzung.
69. Tödtliches Blut-Erbrechen.
70. Hydrophobie.
71. Lithion carbonicum bei Rheuma.
72. Syphil. Excrescenzen des Stimmbandes.
73. Schwere Bruch-Einklemmungen.
1863—64. 74. Thrombose und Gangrän nach Typhus.
75. Typhöses Larynx-Geschwür.
76. Magnesia subsulphurosa im Typhus.
77. Bruch und Atrophie der Ohrknorpel.
78. Krebs der Bronchialdrüsen und des Mediastinum.
79. Diphtheritis-Epidemie im Juli 1850.
80. Thrombose der Art. fossae Sylvii.
81. Doppelte Axendrehung des S romanum.
82. Zerschmetterung der Hand durch Explosion.
83. Letale Axendrehung der Flexur.
1864—65. 84. Gangrän einzelner Gliedmassen nach Typhus.
85. Kühle Bäder bei Typhus.
86. Erstes Auftreten der Febris recurrens simplex und biliosa in St. Petersburg.
87. Rasche Zunahme der Febr. recurrens.
88. Zunehmende Frequenz des Alcoholismus.
89. Vergiftung durch Säure im Branntwein.
90. Plötzlicher Tod durch Entfernung der Tracheal-Canüle.
91. Drei Präparate von Recurrens-Milz.
92. Hydrophobie durch Biss einer gesunden Katze.
93. Typhomanie und andere Nachkrankheiten der Recurrens.
94. Starkes Ansteigen der Recurrens-Epidemie.
1865—66. 95. Plötzlicher Tod durch eigenmächtiges Entfernen der Canüle.
96. Die ersten Cholera-Kranken.
97. Unwirksamkeit des Chloroform bei Hydrophobie.
98. Abschnürung einer Ileumschlinge durch periton. Adhäsionen.
99. Durchbruch eines Recurrens-Abscesses in die Pleura.
1866—67. 100. Grosser Milzabscess nach Recurrens, Durchbruch in die Lunge
101. Grosser leukämischer Milztumor.
102. Erfolglose Transfusion bei Choleratyphoid.
103. Invagination des Colon.
104. Obduction bei Pachymeningitis basilaris.
1867—68. 105. Tod durch acuten Gelenkrheumatismus.
106. Steigende Morbilität.
107. Vergiftung durch Salpetersäure.
108. Invagination des Ileum und Coecum in's Colon.
109. Zwei Strychnin-Vergiftungen.
110. Hydrophobie.
111. Häufigkeit gemeiner und secundärer Pneumonieen.
1868—69. 112. Frequenz der Catarrhe des Verdauungs-Canals.
113. Relat. Frequenz des Typhus abdom. und exanthem.
114. Zwei Fälle von Fibroma molluscum.
115. Steigen des Typhus exanth.
116. Symptome algider Cholera.
1869—70. 117. Zunahme der Meningitis cerebr. und cerebrospin. in St. Petersburg.
118. Chloralhydrat bei Delirium tremens.
119. 3 Schusswunden am Kopf; Wohlbefinden.
1870—71. 120. Demonstration eines Situs inversus am Lebenden.
121. Bösartiger Furunkel.
122. Coincidenz von Cholera und Intermittens.
1872—73. 123. Parallele der vorherrschenden Krankheiten in Deutschland und St. Petersburg.
124. Vergiftungsfälle mit Phosphor, Petroleum, salpetriger Säure.
125. Fall von incarcerirter Hernie.
1873—74. 126. Präparat von Carcinom am Herzen.
127. Fall von Lyssa.
1874—75. 128. Spirillen bei Recurrens.
129. Natr. sulfocarbol. subcutan bei Erysipel.
130. Fälle von Cysticercus cerebri.
131. Fall von Mycosis intestinalis.
1875—76. 132. Zwei Fälle von Strammonium-Vergiftung.
133. Fall von Leber-Echinococcus.
134. Zwei Selbstmordversuche durch Schusswaffen.
135. Condurango bei chron. Magencatarrh.
136. Versuche mit cort. Jaborandi.
1876—77. 137. Vergiftungsfälle (Kohlendunst, Gebäck, Sublimat, Phosphor)
138. Tumor des Duodenum
139. Zwei Selbstmordversuche durch Schusswaffen.
140. Spontangangrän der Extremitäten (Ergotismus).
141. Fall von Chloral-Vergiftung.
142. Gangrän der Extremitäten im Typhus.
1877—78. 143. Echinococcus-Säcke an dem N. cruralis.
144. Axendrehung der Flexura sigmoidea.
1878—79. 145. Fall von Mycosis intestinalis.
146. Aneurysma arcus aortae.
147. Fall von Pustula maligna visceralis.
148. Fall von Stichwunden des Magens.
149. Lipomatöser Darmpolyp; Spontanheilung.
1879—80. 150. Jodaethyl bei asthmatischen Anfällen.
151. Natr. benzoicum bei Phthisis.
152. Vergiftung mit Canthariden.
153. Vergiftung mit Chloroform.
1880—81. 154. Fall von Neubildung im Unterkiefer.
155. Fall von Hydronephrose.
1881—82. 156. Schwefelsäure-Vergiftung.
157. Fall von Diabetes mellitus.
1882—83. 158. Vergiftung mit «бѣлуга».
159. Vergiftung mit gedörrten Pilzen.
160. Abstossung der Mucosa des Oesophagus nach Vergiftung mit aqua regia.
1883—84. 161. Frequenz der vorherrschenden Krankheiten.
162. Fall von disseminirtem Krebs in Hirn, Lunge, Unterleib.
163. Fall von Schluckpneumonie.
1884—85. 164. Fall von Aorten-Aneurysma.
165. Krankheits-Frequenz im Hospital.
166. Morbus maculosus Werlhofi.
1885—86. 167. Krankenbewegung im Hospital.
168. Scorbut bei Kutschern der Pferdebahn.
169. Fall von Pilz-Vergiftung.
1886—87. 170. Antipyrin bei Rheumatismus.
171. Conglomerat von Holzstiften im Rectum eines Schusterjungen.
1887—88. 172. Präparat von Halswirbel-Fractur mit Luxation.
173. Fall von Athetose.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Zur Behandlung des Milzbrandes theilt Dr. Visalli in Caulonia einen bemerkenswerthen Fall mit. Bei einem Kranken mit einer linsengrossen Schwellung an der Unterlippe mit geschwürigem Zerfall im Centrum und Oedem der Unterlippe wurde die Diagnose auf Pustula maligna gestellt und wegen raschen Umsichgreifens der Affection die Pustel mit Ferrum candens behandelt. Mehrere derartige Cauterisationen blieben jedoch erfolglos und das maligne Oedem verbreitete sich rapid auf das ganze Gesicht, Kopf, Hals, Thorax und den oberen Theil des Abdomens unter hohem Fieber, sehr beschleunigtem kleinen Pulse und Delirien. Visalli verordnete hierauf den internen Gebrauch von Tinctura Jodi (1 Tropfen 2 stündlich) und beobachtete innerhalb dreier Tage den Rückgang der Allgemeinerscheinungen und die Abschwellung der von dem malignen Oedem befallenen Hautpartien, während die primär inficirte Stelle eine starke «eliminatorische» Entzündung zeigte. V. führt diesen Fall als Beweis für die schon von Davain behauptete curative Wirkung des Jod bei Milzbrand an.
(Riforma med. — Münch. med. Woch. Nr. 41).

— Gruet empfiehlt gegen acute Dysenterie die innerliche Anwendung von Natrium sulfuricum. Er bedient sich gewöhnlich einer Lösung von 10,0 auf 200,0, die in 4 Malen, in dreistündlichen Zwischenräumen zu nehmen ist, daneben werden Lavements verordnet, denen man Antiseptica zusetzt, wie z. B. Acidum boricum, Naphthol, Acidum carbolicum. Mit dieser Behandlungsmethode erzielte er recht gute Resultate.
(Therap. Monatshefte Nr. 10).

Vermischtes.

— Befördert: Zum Geheimrath — der Oberarzt des Kronstädter Marinehospitals, Dr. Frommhold Hohlbeck, unter gleichzeitiger Verabschiedung wegen Krankheit mit Uniform. (H., welcher gegenwärtig im 56 Lebensjahre steht, hat seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten. Nach Erlangung der Doctorwürde daselbst wurde er Flottenarzt,

hierauf Ordinator am Marinehospital in Kronstadt und fungirte von 1879—85 als Gehilfe des Oberarztes und seit 1885 als Oberarzt des genannten Marinehospitals, zugleich auch als Chefarzt des Medicinalwesens des Kronstadter Hafens).

— Der Oberarzt des Marienhospitals in Moskau, Dr. Ssawostizki, welcher in der vorigen Woche sein 40jähriges Dienstjubiläum feierte, ist von der Moskauer chirurgischen Gesellschaft zum Ehrenmitgliede ernannt worden. Die Aerzte des Marienhospitals überreichten dem Jubilar ihr photographisches Gruppenbild und ein goldenes Jeton mit der Aufschrift «Dem Arzt und Menschen».

— Verstorben: Am 5. December in Riga der Gehilfe des Gouvernements-Medicinalinspectors, Staatsrath Dr. Carl Lange im 55. Lebensjahre. In Arensburg (Insel Oesel) im Jahre 1837 geboren, erhielt er in der dortigen höheren Kreisschule seine Schulbildung und bezog im Jahre 1857 die Universität Dorpat, wo er bis 1863 Medicin studirte. Nach Absolvirung des Cursus mit der Würde eines Dr. medicinae, wurde er als Kronstipendiat zum Stadtarzt in Onega ernannt und 1866 in gleicher Eigenschaft nach Sluzk (Gouv. Minsk) versetzt. Im Jahre 1873 siedelte er nach Riga über, wo er anfangs freiprakticirender Arzt war, bis er im J. 1876 zum Gehilfen des livländischen Gouvernements-Medicinalinspectors ernannt wurde, welches Amt er bis zu seinem Lebensende bekleidet hat. Seit 1879 war L. auch Director des livländischen Gefängniss-Comites. Der Hingeschiedene erfreute sich in Folge seiner humanen Gesinnung, seiner liebenswürdigen Umgangsformen und seiner steten Hülfsbereitschaft bei Allen, die mit ihm in Berührung kamen, grosser Beliebtheit und Achtung, welche ihm ein bleibendes Andenken sichern. 2) Am 30. November in Moskau der Consultant der Anstalten der Kaiserin Maria, wirkl. Staatsrath Dr. Adolf Caspari, an Herzparalyse im 57. Lebensjahre. Der Verstorbene hat seine medicin. Studien an der Moskauer Universität gemacht, an welcher er im J. 1862 den Arztgrad erlangte. Im J. 1869 wurde B. zum Consultanten der Anstalten der Kaiserin Maria ernannt und seit dem Beginn der 80ger Jahre war er auch als Prosector am Golyzinhospital und als Docent für Anatomie bei der Feldscherschule dieses Hospitals angestellt. Die Liebe und Anerkennung, welche der Heimgegangene bei seinen Collegen Patienten und Untergebenen genoss, sprach sich auch bei seiner Bestattung deutlich aus. 3) In Winiza am 18. November der Arzt E. K. Gajewski, 75 J. alt, einer der noch wenigen lebenden Zöglinge der früheren Wilnaschen medicinischen Akademie. 4) Am 21. November in Odessa der Landschaftsarzt Nikolai Ganonow im Alter von 27 Jahren an Phthisis. Der Verstorbene hat seine Wittwe ganz mittellos hinterlassen. 5) Im Skopinschen Kreise der Arzt Nikolai Mokjejew im 52. Lebensjahre. Der Hingeschiedene bekleidete in der letzten Zeit das Amt eines Friedensrichters. 6) In Poti die Aerztin Natalie Ssubunajewa-Glinka im 33. Lebensjahre. 7) Am 28. November in St. Petersburg der Student des letzten Cursus der militär-medicinischen Akademie Grigori Kuklin. Nach Absolvirung der St. Petersburger Universität mit dem Grade eines Candidaten der Naturwissenschaften trat K. im J. 1887 in die militär-medic. Akademie ein. Als im vergangenen Sommer der Flecktyphus unter den Uebersiedlern in Sibirien ausbrach, zog er mit dem von Ssibirjakow ausgerüsteten Sanitätstrain dorthin, um ärztliche Hülfe zu leisten, er erkrankte aber bald selbst schwer am Flecktyphus. Nach seiner Rückkehr nach St. Petersburg beschäftigte er sich eifrig mit bakteriologischen Studien über den Milzbrand im Veterinar-Laboratorium des Ministeriums der Reichsdomänen, wo er sich mit dieser Krankheit inficirte, der er im Laufe von 24 Stunden erlag. 8) Am 1./13. December in Altona der Medicinalrath Dr. C. Kraus, welcher bis vor 3 Monaten Medicinalinspector von Hamburg war und aus dieser Stellung in Folge des Ausbruches der Cholera verdrängt wurde.

— Der estländische Medicinalinspector Dr. L. Malinowski ist auf denselben Posten in das Gouvernement Ssamara übergeführt worden. Zu seinem Nachfolger in Reval ist der bisherige Ssamarasche Gouvernements-Medicinalinspector Dr. Milowsorow ernannt worden.

— Die hiesige militär-medicinische Akademie hat Pasteur zum Ehrenmitgliede erwählt und wird ihm das betreffende Diplom mit einer Glückwunschadresse an seinem 70. Geburtstage (12./24. December) überreichen lassen.

— Zu dem im nächsten Jahre in Rom stattfindenden internationalen med. Congress wird aus Moskau Prof. Sklifassowski abdelegirt werden.

— In der Conferenz-Sitzung der militär-medicinischen Akademie am 5. December haben die DDr. M. M. Wolkow und S. S. Botkin (ein Sohn des verstorbenen Professors) ihre Probevorlesungen behufs Erlangung der Venia legendi gehalten.

— Am 8. December fand im Institut für experimentelle Medicin die Einweihung des neuerbauten zweistöckigen chemischen Laboratoriums statt.

— Als weitere erfreuliche Beweise der Anerkennung, welche die Thätigkeit der Aerzte und Studenten während der letzten Choleraepidemie gefunden hat, registriren wir heute folgende: Von der Stadtverwaltung in Tomsk erschien bei dem Professor der dortigen Universität Ssudakow eine Deputation, um ihm den Dank für seine Thätigkeit während der Choleraepidemie zu überbringen. Die Stadtduma von Busuluk überreichte dem freipraktieirenden Arzte M. Podgornow für seine Bemühungen bei der Bekämpfung der Cholera eine Dankadresse. Der Congress der Kohlenbergwerkbesitzer in Südrussland hat beschlossen, den grösstentheils jungen Aerzten, welche im Donezgebiet während der Choleraepidemie thätig waren, den Dank für ihre aufopfernde und selbstverleugnende Thätigkeit durch Vermittelung der medicinischen Akademie und der Universitäten, auf denen sie ihre Ausbildung erhalten haben, auszudrücken.

— Das Wjatka'sche Gouvernements-Landschaftsamt beabsichtigt in der nächsten Landschaftsversammlung eine Vorlage, betreffend die Versorgung der Familien der Landschaftsärzte im Falle des Todes der letzteren bei Bekämpfung von Epidemien, einzubringen. Das bei dem örtlichen Gouvernements-Landschaftshospital bestehende ärztliche Conseil, welches in dieser Angelegenheit vom Landschaftsamt zu Rathe gezogen wurde, erklärte es für eine Pflicht der Gerechtigkeit nicht allein die Aerzte, sondern auch das niedere med. Personal, wie Feldscher, Feldscherinnen, barmherzige Schwestern, Krankenwärterinnen, Sanitäre hierbei zu berücksichtigen. Was den Modus der Sicherstellung der Familien betrifft, so hält das Conseil für die zweckmässigste Versorgung nicht die Lebensversicherung, sondern die Auszahlung einmaliger Unterstützungen an die Familien der Verstorbenen und zwar bei Personen des niederen Personals 500 Rbl., bei Feldschern 1500 und bei Aerzten 5000 Rbl. (Wolschski Westn. — Wr.).

— Dem frühern Prosector der Kasanschen Universität, Dr. A. M. Dochmann, welcher an einer unheilbaren Krankheit schwer darniederliegt, ist eine Jahrespension von 500 R. ausgesetzt, ausserdem ist seiner Familie eine einmalige Unterstützung im Betrage von 1500 Rbl. bewilligt worden.

— Die Kreislandschaftversammlung von Menselinsk hat der Wittwe des Landschaftsarztes Ketat, welcher ein Opfer der Flecktyphusepidemie wurde, eine Jahrespension im Betrage von 200 Rbl. zur Erziehung der Tochter ausgesetzt. Im Falle des Todes der Tochter bezieht die Mutter diese Pension bis zu ihrer etwaigen Wiederverheirathung.

— In dem Flecken Kachowka (Gouv. Taurien) hat der Landhauptmann den Apothekerbesitzer Provisor Woitaschewski und seinen Gehülfen Grünberg zu 2 Wochen Arrest verurtheilt, weil ersterer in Gegenwart des Veterinärarztes Poljejesch einem Bauer, der nach Arznei kam, erklärte, dass «in dem Landschaftshospital die Menschen nicht geheilt, sondern vergiftet werden» und Grünberg noch hinzusetzte, dass «dort etwas zu riechen gegeben werde, wodurch man sofort ins Jenseit befördert werde». Ob diese Beiden ihre Thätigkeit in der Apotheke noch fortsetzen, ist aus der Mittheilung in den «Nowosti» nicht zu ersehen.

— Vor Kurzem ist hier der Kaufmann Wassiljew, welcher 9 kleine Buden besitzt, vom Friedensgericht zu 100 R. Strafe event. 3 Wochen Arrest verurtheilt worden, weil er einen Kwas (Dünnbier) verkauft hat, der von dem städtischen Laboratorium als «unbedingt schädlich für die Gesundheit gefunden» wurde.

— Die Stadt Riga erhält in nächster Zeit ein gut eingerichtetes Kinderhospital. Die Stadtverordneten-Versammlung hat nämlich beschlossen, die Hälfte des von dem verst. Rigaschen Grosskaufmann James Armitstead zu Wohlthätigkeitszwecken gespendete Capital, welches gegenwärtig auf mehr als 400 000 Rbl. angewachsen ist, zur Erbauung eines Kinderhospitals zu verwenden. Dasselbe wird vorläufig auf 98 Betten eingerichtet, soll aber später aus den Zinsen des Capitals bedeutend erweitert werden.

— Das «Journal des sciences méd. de Lille» theilt einen «Fall von Verfälschung der Jodoformgaze» mit. Die Gaze war als 30 pCt. enthaltend verkauft worden, enthielt aber nur 8 pCt. Jodoform. Die gelbe Farbe war der Gaze durch Pikrinsäure verliehen worden. Eine solche Verfälschung lässt sich nachweisen, indem man ein Stück der Gaze auf einige Minuten ins Wasser legt. Jodoform färbt das Wasser nicht, da es unlöslich im Wasser ist; dagegen wird die Flüssigkeit durch Pikrinsäure oder andere im Wasser lösliche Farbstoffe bald gelb gefarbt.

— In Chicago soll während der Austellung auch ein internationaler Congress barmherziger Schwerstern und Krankenwärterinnen abgehalten werden.

— Vom Januar künftigen Jahres ab erscheint als Organ der Gesellschaft von Neuropathologen und Psychiatern bei der Kasan'schen Universität ein neues russisches Journal «Неврологическій Вѣстникъ», unter der Redaction von Prof. Bech-

terew. Das Journal wird im Umfange von 30 Druckbogen im Jahr in 3 Lieferungen periodisch erscheinen. Preis pro Jahr 4 Rbl. Diese Zeitschrift wird enthalten: Neuropathologie, Psychiatrie, gerichtlich-psychiatrische Casuistik, pathol. Anatomie der Geistes- und Nervenkrankheiten, Anatomie, Histologie und Entwickelungsgeschichte des Nervensystems, Nervenphysiologie und Psychologie.

— Das bekannte Organ der British Medical Association — «The Britisch Medical Journal» hat gegenwärtig 17000 Abonnenten und 2500 Mitarbeiter.

— Ein neuer Bacillus. Dr. Perles, Assistent an der Augenklinik des Prof. Hirschberg in Berlin, hat in der Berliner med. Gesellschaft einen Vortrag «über die Ursachen der perniciösen Anämie» gehalten. Da diese Krankheit häufig mit Blutungen in der Netzhaut verbunden ist, so hat P. das Blut solcher Kranken mikroskopisch untersucht und dabei ungemein kleine eigenartige Gebilde gefunden, die im Blutstrome eine deutliche selbstständige Bewegung zeigen und mit keinem der bisher bekannten Bestandtheile des Blutes identisch sind. Dr. Perles vermuthet, dass diese «Schwärmkörperchen» eine neue Species von Mikroorganismen und wahrscheinlich die Erreger der perniciösen Anämie sind.

— Die Influenzaepidemie, welche in Deutschland bis Anfang Juni, in England, Nordamerika und Italien aber noch etwas länger anhielt, jedoch auch in diesen Ländern schon seit geraumer Zeit sich nicht mehr zeigte, ist jetzt wieder an verschiedenen Orten aufgetaucht. So sind nach einer Mittheilung des Deutschen Reichsgesundheitsamtes in den beiden letzten Wochen in Kopenhagen je 106 Erkrankungen, in London 6, resp. 2, in New-York 3 Todesfälle an der Influenza beobachtet worden,

— In London herrscht seit dem Ende August eine recht heftige Scharlach- und Diphtherieepidemie. Die Gesammtzahl der im Verlaufe von 10 Wochen (10. Sept. bis 19. Nov. d. J.) gemeldeten Scharlachfälle betrug 9000 mit 314 Todesfällen (3,5 pCt. Mortalität). An Diphtherie erkrankten in derselben Zeit 2000 Personen, von denen 450 starben (21,2 pCt. Mortal.).

— Die Cholera wird in Russland dem Anscheine nach wohl überwintern. Wenn auch an einzelnen Orten die Epidemie erloschen oder dem Erlöschen nahe ist, so herrscht sie doch in vielen Gegenden des Reiches in nicht gerade unerheblichem Grade noch fort. Auch in St. Petersburg hält sich die Epidemie in den letzten Wochen fast ungeschwächt auf dem alten Stande und es ist bis jetzt noch kein Tag ohne Neuerkrankungen vorgekommen, die sich jedoch in letzter Zeit ausschliesslich auf Wassili Ostrow beschränken. Zum 9. December verblieben in den städtischen Hospitälern 26 Cholerakranke Nach einer statistischen Zusammenstellung im Regierungs-Anzeiger betrug die Gesammtzahl der während der diesjährigen Choleraepidemie (bis zum October) in Russland erkrankten Personen 547,999, die der verstorbenen Personen 246,480. Von diesen Gesammtzahlen entfallen auf die Gouvernements des europäischen Russland 286.691 Erkrankungen und 130,427 Todesfälle an der Cholera, während in den sibirischen Gouvernements, Centralasien, im Kaukasus und Donischen Kosakengebiet 261,308 Personen erkrankten und 116.053 Personen starben. Die höchste Erkrankungs- und Sterblichkeits-Ziffer weist das Gouvernement Ssaratow auf, dann folgen Ssamara und das Donische Kosakengebiet. Unter den Städten nimmt Astrachan die erste Stelle, St. Petersburg die zweite ein, es folgen dann Ssaratow, Ssamara und Warschau. In den Städten sind im Ganzen 52,731 Personen an der Cholera erkrankt und 26,326 gestorben.

In Frankreich scheint die Cholera in einzelnen Gegenden in den letzten Wochen wieder um sich zu greifen.

Aus Hamburg werden nach einer langen Pause wieder zwei Choleraerkrankungen (am 5./17. Novemb.) gemeldet.

In Budapest ist die Cholera als erloschen erklärt worden, in Galizien sind seit dem 30 November sieben weitere Choleraerkrankungen vorgekommen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 6. Dezember d. J. 5866 (59 mehr als in der Vorwoche), darunter 95 Typhus — (2 mehr), 705 Syphilis — (23 mehr), 52 Scharlach — (7 mehr), 8 Diphtherie — (7 weniger), 19 Masern — (5 weniger), 5 Pocken — (4 weniger) und 31 Cholerakranke (2 weniger als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Im Kreise Nishni-Lomow (Gouv. Pensa) ist die Stelle eines Landschaftsarztes erledigt. Gehalt nebst Fahrtengeldern 1500 R. jährlich. Die Meldung geschieht bei der «Нижеломовская Земская Управа».

2) Im Ssimbirsk'schen Kreise wird am 1. Januar 1893 eine Landschaftsarztstelle vacant. Gehalt 1200 Rbl. nebst freiem Quartier beim Hospital. Adresse: «Симбирская Уѣздная Земская Управа».

3) Von der Tschistopol'schen Kreislandschaft werden 3 Aerzte gesucht (bis zum 1. Januar 1893). Gehalt 1000 R. und 170 R. Quartiergeld. Zu melden unter Beifügung von Empfehlungen von der letzten Stelle oder von Professoren bei der «Чистопольская Земская Управа».

4) Es wird ein Arzt für den Flecken Schumsk (Kreis Kremenez in Wolhynien) gesucht. Auskünfte ertheilt der örtliche Apotheker.

5) Einem Arzte kann sofort auf dem Lande eine Stelle nachgewiesen werden. Näheres in Walk, Apotheker Rücker.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 29. November bis 5. December 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr	Unbekannt.
237	220	457	80	19	65	10	7	17	51	51	48	45	33	20	9	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 1, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 4, Scharlach 9, Diphtherie 5, Croup 2, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 22, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 12, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 2, Tuberculose der Lungen 96, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 29, Marasmus senilis 17, Krankheiten des Verdauungscanals 30, Todtgeborene 24.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 22. December.

Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 14. December.

Дозв. ценз. Спб. 12 Декабря 1892 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 51 St. Petersburg, 19. (31.) December **1892**

Abonnements-Aufforderung.

Die St. Petersburger

Medicinische Wochenschrift

wird auch im Jahre 1893 unter der jetzigen Redaction und nach dem bisherigen Programm erscheinen. Sie bleibt ihrer Aufgabe getreu, ein Organ für praktische Aerzte zu sein und letztere durch Originalarbeiten sowohl als durch **Referate und Besprechungen** neu erschienener Werke mit den Ergebnissen zeitgenössischer medicinischer Forschung bekannt zu erhalten. — Wie bisher werden die **wissenschaftlichen Verhandlungen der Dorpater med. Facultät** in der Wochenschrift erscheinen und wird dieselbe als Organ nachstehender Vereine und Gesellschaften fortfahren mit der Veröffentlichung der **Protokolle des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte**, des **St. Petersburger Vereins deutscher Aerzte**, der **Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga**, der **medicinischen Gesellschaft zu Dorpat** und der **Gesellschaft livländischer Aerzte**. — Besondere Aufmerksamkeit wird die Wochenschrift auch fernerhin der **russischen medicinischen Literatur** widmen und in gleicher Weise, wie im vorigen Jahre, auch weiterhin durch fortlaufende Referate über **alle wichtigeren in russ. medicin. Journalen erscheinenden Arbeiten**, sowie über die Verhandlungen **russischer medicinischer Gesellschaften**, den mit der russischen Sprache nicht vertrauten Fachgenossen die Einsicht in diese stetig an Bedeutung gewinnende Literatur ermöglichen. — Der **Abonnementspreis** ist incl. Zustellung in **Russland 8 Rbl.** für das Jahr, **4 Rbl.** für ein halbes Jahr; **in den anderen Ländern 20 Mark für das Jahr, 10 Mark für ein halbes Jahr. Abonnements-Aufträge** bittet man an die Buchhandlung von **C. Ricker in St. Petersburg**, Newsky-Prospect Nr. 14, **Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach (Petersburger Seite,** Grosser Prospect Nr. 7, Quart. 6) **zu richten.**

Schultze'sche Schwingungen — Tod des Kindes.

Vortrag gehalten auf dem IV. Livländ. Aerztetage.

Von

Prof. Körber.

Vor einigen Monaten secirte ich ein Kind, an dem Sch. Sch. ausgeführt worden waren. Der Sectionsbefund veranlasst mich, denselben kurz mitzutheilen. Bevor ich auf den Fall selbst eingehe, erlaube ich mir zwei Bemerkungen, um meine Stellung als Gerichtsarzt zur Frage zu kennzeichnen:

Ich glaube auf keinen Widerspruch zu stossen, wenn ich 1) annehme, dass gegenwärtig auch alle Gerichtsärzte davon überzeugt sind, dass durch Sch. Sch. Luft in die Lungen eines ausgetragenen Kindes gebracht werden kann und 2) behaupte, dass dadurch die Beweiskraft der Schwimmprobe nicht im Geringsten angetastet wird, denn der Gerichtsarzt hat es ausschliesslich mit Kindern zu thun, die heimlich geboren wurden, wo demnach Wiederbelebungsversuche durch Sch. Sch. ausgeschlossen sind.

Von Geburtshelfern wird die Methode so gern angewandt und so hoch geschätzt, weil der Zweck sicher erreicht wird und die Ausführung leicht ist. Nur in Bezug auf die Gefährlichkeit resp. Ungefährlichkeit der Sch. Sch. sind die Autoren nicht so einig und scheint mir das bisher veröffentlichte Material die Gefahrlosigkeit noch nicht zu beweisen.

Im Jahre 1887 wurden durch Winter (Vierteljahrschrift für gerichtl. Med. N. F. Bd. 46 S. 84) 3 Fälle von Verletzungen durch Sch. Sch. veröffentlicht. Runge suchte in der Petersb. med. Wochenschrift (Nr. 19 und 20. 1887 «Casuistik aus der Dorpater Klinik») den Nachweis zu liefern, dass die während der Section von Winter bemerkten Verletzungen nicht auf Sch. Sch., sondern in 2 Fällen auf die Extraction am Beckenende zu beziehen seien. Im 3. Falle, wo das Kind spontan

geboren wurde, wird die Leberruptur mit gleichzeitiger Fractur der 3.—5. Rippe rechterseits wohl auf die Schwingungen zurückgeführt, doch seien die Verletzungen erklärlich, da von einem Practicanten nicht lege artis langdauernde Schwingungen ausgeführt worden waren.

In dem von mir secirten Falle wurden Sch. Sch. ca. 10 Min. lang von dem mehrjährigen Assistenten der Dorpater geburtshilflichen Klinik Dr. Holowko und der Institutshebamme vorgenommen, demnach von Personen, welche die Schwingungen lege artis ausführten, andererseits war der Hergang während der Geburt ein derartiger, dass die Verletzungen während derselben nicht entstanden sein konnten.

N. N. 39 J. alt VII-para. Der behandelnde Arzt hatte die Zange angelegt, jedoch den Kopf nicht zu extrahiren vermocht, worauf die Kreissende auf die geburtshilfliche Klinik transportirt wurde. Da das Kind lebte und keine Indication zur Beendigung der Geburt vorlag, (alle früheren Geburten waren normal verlaufen) so wurde beschlossen, mit der Kunsthilfe noch zu warten. In der Nacht vom 24./25. Mai wurde der Kopf in erster Schädellage spontan geboren, von dem Assistenten der Finger in die rechte Achselhöhle eingeführt und damit der Rumpf entwickelt; da das Kind schwer asphyktisch geboren wurde, schritt der Assistent alsbald zur Einleitung der Respiration durch Sch. Sch. Die Auscultation des Herzens ergab jedoch bereits nach 10 Minuten den Eintritt des Todes.

Sectionsbefund. Länge 57 Cm. Gewicht 4885 grm. Kopf und Brustumfang 37 Cm. Knochenkern 9 Mm.

In der Unterleibshöhle reichlich 125 Ccm. zum Theil geronnenen Blutes. Am vorderen rechten Leberrande die Leberkapsel im Umfange eines Silberrubels abgehoben mit flüssigem Blut gefüllt. Mehrere etwas kleinere Hämatome an der unteren Fläche nahe dem vorderen Leberrande und am Spigel'schen Lappen. Die Leber sehr gross und schwer. Im Leberparenchym nahe dem hintern Rande ein wallnussgrosser mit geronnenem Blut gefüllter Leberriss, welcher bis zur Kapsel heranreicht, die gleichfalls eingerissen ist. 3 Ctm. weiter nach links gegenüber der Wirbelsäule ein 2. kleinerer Leberriss, welcher nicht bis an die Kapsel reicht. Das umgebende Lebergewebe von normaler Beschaffenheit.

Am oberen Pol der rechten Niere ein Blutaustritt unter der Kapsel.

Magen-Darmcanal sinken unter, der ganze Dickdarm stark contrahirt und nur in der Flexur und im Rectum Kindspech. Die Lungen mit dem Herzen sinken langsam unter, die Lungen allein in's Wasser gethan, schwimmen. Am Herzen, den Lungen, der Thymus und den Augenlidern zahlreiche Ekchymosen. Die Lungen deutlich marmorirt, einzelne Alveolen gruppenweise erweitert, das Gewebe von mittlerem Blutgehalt, von der Schnittfläche lassen sich nur wenige Luftbläschen abstreifen. In der Luftröhre bis in die grösseren Bronchien hinab zäher Schleim ohne Luftbläschen, jedoch nirgends das Lumen vollständig verlegt. Die Schleimhaut in der Umgebung beider Mandeln blutunterlaufen.

Die Kindskopfgeschwulst in der Umgebung der kleinen Fontanelle, Gehirnhäute und Gehirn blutreich, Schädelknochen wenig biegsam.

Das Kind ist lebend geboren und in Folge der Leberruptur und der damit im Zusammenhang stehenden Blutung verstorben. Die Leberruptur kann auf keinerlei Manipulationen während der Geburt bezogen werden, sie ist vielmehr während der Sch. Sch. entstanden, demnach ist das Kind in Folge der Sch. Sch. verstorben. Ob das Kind bei anderweitigen Wiederbelebungsversuchen ohne Verletzung der Leber hätte gerettet werden können, ist nicht zu entscheiden, jedenfalls hat das Kind vorzeitige Athembewegungen ausgeführt und kam in hochgradig asphyktischem Zustande zur Welt. Die Blutunterlaufungen am weichen Gaumen sind irrelevant und wahrscheinlich auf das Einführen des Fingers zur Entfernung des Schleimes aus dem Rachen zu beziehen.

Wenn demnach die Sch. Sch. im concreten Falle lege artis ausgeführt worden sind, und dennoch in Folge dieser Schwingungen der Tod eingetreten ist, so darf man wohl fragen, warum ereignete sich in vorliegendem Fall eine Leberruptur? Vielleicht bestanden Contraindicationen gegen die Anwendung Sch. Sch.?

Runge, der eifrigste Vertheidiger der Sch. Sch. hat während einer 10jahrigen grossen Praxis niemals erhebliche Verletzungen zu beobachten Gelegenheit gehabt, er hält die Sch. Sch. daher für relativ ungefährlich und zieht sie allen anderen Methoden behufs Einleitung der künstlichen Respiration vor.

Dr. Leopold Meyer in Kopenhagen (Centralblatt für Gynäkol. 1890 Nr. 10 S. 153) erwähnt eine Contraindication. Er plädirt für die Anwendung der anderen Methoden zur Wiederbelebung, falls sich ein Bruch des Schlüsselbeins resp. Oberarms während der Geburt eingestellt hat. In solch' einem Falle hält er die Sch. Sch. für gefährlich und erklärt er den raschen Tod eines Neugeborenen mit Schlüsselbeinbruch (Heydrich Centralblatt für Gynäkol. 1890 Nr. 7 S. 109) durch Sch. Sch., die eine Läsion der Lungen durch Dislocation der Bruchenden, Pneumothorax, Hautemphysem und Emphysem im vorderen und hinteren Mediastinum bedingten. Dürfte man nicht, gestützt auf den von mir secirten Fall, als weitere Contraindication gegen Sch. Sch. das bedeutende Körpergewicht (5 Klgrm.) aufstellen, denn je grösser das Gewicht des ganzen Körpers, desto grösser auch der Druck, den die auf den Unterleib fallenden grossen Extremitäten auf die Leber ausüben werden. Reicht nun die grosse Leber ausserdem auch noch weit gegen den Nabel herab, so wird sie zwischen den Knieen, Rippen und Wirbelsäule zusammengepresst werden, wobei es zur Zerquetschung des Gewebes resp. zu Hämatombildung kommen kann. Jedenfalls ist die Verletzung der Leber nicht während des Abschwingens erfolgt, denn dann wären das Lig. suspens. resp. die nächste Umgebung desselben verletzt worden.

Wie häufig Verletzungen in Folge Sch. Sch. vorkommen mögen, ist gegenwärtig nicht zu entscheiden. Runge (l. c.) sagt «Viele asphyktische Neugeborene, an denen Sch. Sch. lege artis ausgeführt wurden, werden wohl selten Gegenstand einer Section werden». Er hat Recht, denn waren die Kinder todt, so werden Zeichen der lebenden Reaction an den durch Sch. Sch. hervorgebrachten Verletzungen natürlich fehlen, die Verletzungen werden wahrscheinlich während der Section übersehen werden; blieb das Kind jedoch am Leben, was in geburtshilflichen Kliniken, wo lege artis geschwungen wird, die Regel ist, so fehlen Verletzungen oder dieselben sind so unbedeutend, dass sie auch später das Leben nicht bedrohen, die Kinder werden nicht secirt. Demnach werden die Acten aus den geburtshilflichen Kliniken schwerlich als vollgiltiger Beweis für die Gefahrlosigkeit benutzt werden können. Wie steht es dagegen mit den Kindern in der Privatpraxis, an denen Hebammen oder ungeübte Aerzte vielleicht nicht lege artis Sch. Sch. vorgenommen haben? Giebt es ebenfalls gar keine resp. nur unwesentliche Verletzungen wie in den geburtshilflichen Anstalten?

Seit mehr als 10 Jahren gehören die Sch. Sch. in den Hebammenunterricht. Demnach dürfte diese Methode eine weite Verbreitung gefunden haben. Doch bei der Scheu vor Sectionen und der auch den Laien bekannten Häufigkeit der Todtgeburten auf dem Lande (ca. 5 pCt.), wird ein asphyktisch geborenes Kind, welches trotz Sch. Sch. nicht wiederbelebt werden konnte, gewiss unbeanstandet beerdigt und kaum je ein Gegenstand einer gerichtlichen Untersuchung werden, somit kann auch das Fehlen von Veröffentlichungen schlimmer Folgen aus der Privatpraxis, meiner Meinung nach, nicht als Beweis der Gefahrlosigkeit der Sch. Sch. angesehen werden.

Nur durch ausnahmsloses Seciren der in- und ausserhalb der Anstalten verstorbenen Kinder an denen Sch. Sch. ausgeführt worden waren, wobei eine besondere Aufmerksamkeit auf die Zertrümmerung des Leberparenchym's ohne lebende Reaction, gerichtet werden müsste, könnte das Material beschafft werden, um den Procentsatz der Verletzungen, sowie Contraindicationen festzustellen. Sollte es sich dabei herausstellen, dass

Verletzungen bei ungeschicktem Schwingen häufiger vorkommen, als bisher angenommen wurde, so könnten resp. müssten, — ebenso wie das Chloroform den Hebammen entzogen ist, während es in der Hand des Arztes unschätzbare Dienste leistet, —die Sch. Sch. nur für die Kliniken und geschickten Aerzte reservirt bleiben, nicht aber den Hebammen gestattet werden.

Strangulationsileus in Folge einer Hernia epigastrica.

(Mittheilung aus dem Revaler Diakonissenhaus).

Von

Dr. W. Greiffenhagen.

Auf dem Gebiete der Herniologie beanspruchen die medianen Bauchbrüche, die Hernien der Linea alba eine besondere Berücksichtigung sowohl bezüglich ihrer Aetiologie, als auch ihrer Pathologie und Therapie. Nachdem schon in älterer Zeit Garengeot[1]), Cooper[2]) und A. G. Richter[3]) eine Anzahl gut beobachteter Fälle zusammengestellt haben, hat die Lehre von den medianen Bauchbrüchen neuerdings durch Witzel[4]) und Roth[5]) eine erneute und genauere Bearbeitung gefunden.

Beide Autoren, in deren Arbeiten auch die Casuistik anderer Chirurgen (König, Lücke, Trendelenburg, v. Bergmann etc.) zusammengestellt und verwerthet wird, kommen zum Resultat, dass die medianen Bauchbrüche ein viel häufigeres Leiden bilden, als man bisher annahm, sich oft, unter dem Bilde eines Magenleidens verbergen und jahrelang vergeblich mit internen Mitteln behandelt werden. Dieser diagnostische Irrthum beruht zum Theil auf der oft beobachteten ausserordentlich geringen Grösse der Bauchbrüche, so dass Arzt wie Patient das Vorhandensein eines Bruches leicht übersehen; dabei stehen aber die heftigen Beschwerden in gar keinem Verhältniss zur geringen Grösse der Hernie. — Nach übereinstimmenden Beobachtungen aller Autoren findet sich in der Reihe der aetiologischen Momente an erster Stelle das Trauma, sowohl in Gestalt directer (Hieb, Stoss auf den Bauch) als auch indirecter Gewalteinwirkungen (Fall auf die Füsse, forcirte Bauchpresse, extremes Rückwärtsbeugen des Rumpfes etc.) Prädisponirend wirkt namentlich eine vorhergehende rasche Abmagerung. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelt es sich um Netz als Bruchinhalt, doch sind auch Theile des Magendarmcanals öfter gefunden worden. Der Bruchsack weist viel Verschiedenheiten auf, namentlich ist er oft sehr dünn und mit dem Inhalt fest verwachsen; mitunter lässt er sich überhaupt nicht differenziren und fehlt scheinbar, einen Fettbruch vortäuschend. Bezüglich des Sitzes der medianen Bauchbrüche zeichnet sich die Gegend zwischen Proc. xiph. und Nabel als Prädilectionsstelle aus, wenngleich auch eine ganze Zahl von Hernien unterhalb des Nabels beobachtet wurde. In therapeutischer Hinsicht bieten die medianen Bauchbrüche ein sehr dankbares Gebiet, indem es meist gelingt durch Reposition resp. Excision des Bruchinhalts und Vernähung der kleinen Bruchpforte die Patienten dauernd von ihrem quälenden Leiden zu befreien.

Doch nicht immer sind die klinischen Erscheinungen die oben geschilderten. Auch der von uns beobachtete Fall weicht in mancherlei Hinsicht vom üblichen Bilde ab:

[1]) Garengeot: Mémoires de l'académie royale de chirurgie. T. I. Pag. 705 ct. nach Witzel.

[2]) Cooper: Anatomische Beschreibung und chirurgische Behandlung der Unterleibsbrüche. Uebers. Weimar 1883. (Witzel).

[3]) Richter: Abhandlung von den Brüchen. 2. Auflage 1875 (Witzel).

[4]) Witzel: Ueber den medianen Bauchbruch. Volkmanns Smlg. Klinischer Vortr. n. F. Nr 10.

[5]) Roth: Ueber die Hernien der Linea alba. Langenbeck's Archiv Bnd. 42. Heft I.

Julie B. 25 Jahre alt. wird am 25. August 1892 in die dem Herrn Collegen Dr. Baetge unterstehende Abtheilung für innere Krankheiten mit den Erscheinungen einer Gastro-Enteritis aufgenommen.

Anamn.: Pat. will früher stets völlig gesund gewesen sein, bis sie vor ca. 6 Tagen mit Erbrechen, mässiger Diarrhoe und Schmerzen im Abdomen erkrankte. Irgend eine Vorwölbung am Abdomen so wie Beschwerden von Seiten des Magendarmcanals hat sie bis dahin nicht beobachtet. Stat. präs. Kräftige. gut genährte Person; an den Organsystemen nichts Pathologisches. P. ca. 90. T. 38.0. Obstipation, häufiges Erbrechen, Zunge belegt. Abdomen leicht aufgetrieben; keine Dämpfung, keine Unregelmässigkeiten in der Wölbung des Abdomens; typische Bruchpforten frei. Eine Fingerbreite oberhalb des obern Nabelringes eine kleine scheinbar Darm enthaltende Hernie der Linea alba. die sich leicht reponiren lässt. Inguinalgegend linkerseits druckempfindlich. — Sensorium frei, aber Patientin antwortet auffallend träge. — Ord.: Eispillen.

26. August. Stat. idem. — Klysma. Reichlicher Stuhl. Dreimal Erbrechen. Ord. Morph. 0,015 subc. Höchste Temperatur 37,9.

27. August. Kein Stuhl. Stat. idem. h. T. 37,9. Opium.

28. August. Abdomen stärker aufgetrieben. Erbrechen häufig. P. 100. weniger kräftig. T. 37,8.

29. August. Morgens fäculentes Erbrechen, collabirtes Aussehn. Somnolenz. Puls 110. Die Hernie lässt sich leicht reponiren ohne dass die Ileussymptome schwinden. Pat. wird behufs Operation in die chirurgische Abtheilung übergeführt.

Operation. Chloroformnarkose. Hautschnitt etwa 6 Centimeter lang vom Nabel nach aufwärts. Eröffnung des Bruchsacks; in demselben spärliches Serum und eine mässig gefüllte annähernd normale Dünndarmschlinge, über welche sich ein von der Bruchpforte ausgehender Strang hinzieht, der an der dem Mesenterialansatze gegenüber liegenden Kuppe der Darmschlinge inserirt. Doppelte Ligatur und Durchtrennung mit dem Paquelin. Der bis dahin leere abführende Schenkel bläht sich nach Durchtrennung dieses Stranges sofort auf. Neben der mechanischen Strangulation hat die vorliegende Schlinge durch Zug eine Axendrehung von etwas über 90° erfahren. Erweiterung der Bruchpforte. Beim weiteren Vorziehen der Darmschlinge spannen sich noch drei Stränge an, von denen zwei eine gemeinsame Insertion an der Schlinge haben. Der dritte Strang setzt sich tiefer an das abführende Rohr an. Sämmtliche Stränge gehen von der Bruchpforte theils vom obern, theils vom untern Pol aus. Die Stränge werden doppelt ligirt und mit dem Paquelin durchtrennt. Sie bestehen aus lockerem zartem Bindegewebe. das aber eine gewisse Festigkeit besitzt. Einer derselben enthält ein deutlich ausgebildetes Gefäss. Reposition der Darmschlinge. Naht der Bruchpforte und Hautwunde. Bald nach der Operation Erbrechen galliger Massen, eine Stunde später Abgang von Winden und Stuhl. Im Lauf des Nachmittags noch sechs reichliche Stühle. Appetit stellt sich ein. Temperatur 38,5 P. 100. Ord. Opium.

30. August. In der Nacht 3 Stühle, im Lauf des Tages zwei. Nachmittags zweimaliges Erbrechen. Leib weniger aufgetrieben. Temperatur Abends 37,6.

31. August. Morgens 1 Stuhl. Leib nicht mehr aufgetrieben. Befinden gut. Temperatur A. 36,9.

5. September. Nähte entfernt. Prima Intentio.

In den folgenden vierzehn Tagen hatte Patientin Abends Fieberbewegungen bis 39,1 verbunden mit Kopfschmerzen und allgemeiner Abgeschlagenheit ohne dass sich die geringste Ursache nachweisen liess. An irgend eine Complication von Seiten des Abdomens war nicht zu denken, auch die Diagnose «Typhoid» war unhaltbar, da alle sonstigen Symptome fehlten. Kurzum für jenes Fieber haben wir eine befriedigende Erklärung nicht finden können. Vom 20 September ab hörten die abendlichen Steigerungen auf und Patientin konnte am 25. September völlig geheilt entlassen werden.

Der mitgetheilte Fall gehört in die Kategorie der nicht traumatischen Bauchbrüche, wenigstens lässt sich ein Trauma anamnestisch nicht feststellen. Die Hernie ist offenbar allmählich entstanden und hat der Trägerin absolut keine Beschwerden verursacht. Für die relativ längere Dauer des Bestehens scheint mir jedenfalls die Beschaffenheit der strangulirenden peritonitischen Stränge zu sprechen, die beim Auseinanderziehen mit den Fingern schon einen gewissen Widerstand leisteten und mit mittelstarker Seide fest ligirt werden mussten. Einer der drei Stränge enthielt ausserdem ein deutlich ausgebildetes venöses Gefäss.

Der überraschende Befund nach Eröffnung des Bruchsackes und Durchtrennung des ersten Stranges erklärt natürlich die Thatsache, dass nach Reposition der Hernie das Canalisationshinderniss nicht schwand; es wurde im Gegentheil durch die Reposition der Strang noch straffer

angezogen und die Achsendrehung und Strangulation dadurch vermehrt. Zu einer absoluten Occlusion ist es bis zum 29. August jedenfalls nicht gekommen, daher fehlte auch jegliche locale Vorwölbung und weiterhin bei der Operation jede pathologische Veränderung der Darmwand.

Im Anschluss hieran erwähne ich eines Falles, der in mir den Verdacht erweckte, es handele sich auch um einen medianen Bauchbruch: Fünfzigjähriger Mann mit starkem Emphysem und hochgradiger Arteriosklerose. Kleinapfelgrosser Tumor zwischen Nabel und Schwertfortsatz seit ca. 10 Jahren, der ihm angeblich viel Schmerzen bereite, Uebelkeit errege und das Athmen behindere. In Rückenlage lässt sich die weiche fluctuirende Geschwulst unter Gurren zusammendrücken, aber nicht ganz reponiren. Wahrscheinlichkeits-Diagnose: Fettbruch mit dahinterliegender darmhaltiger Hernie. Die Operation ergab ein einfaches freilich sehr dünnbreiiges Atherom. Die scheinbare Compressibilität kann ich nur so erklären, dass sich das plattgedrückte Atherom seitlich in das Unterhautfettgewebe verschieben liess, und dabei durch den Druck gurrende Geräusche im Darm entstanden.

Hoffentlich tragen diese Zeilen dazu bei, auf's Neue die Aufmerksamkeit der Collegen auf das scheinbar bedeutungslose, für den Betroffenen aber nicht indifferente Leiden des medianen Bauchbruchs gelenkt zu haben.

Referate.

H. Schlesinger: Beiträge zu den Sensibilitäts-Anomalien bei Lepra. (Aus der dermatol. Klinik des Herrn Prof. Kaposi in Wien). (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde II Bd. XIII).

S. theilt in extenso die Krankengeschichten zweier Schwestern mit, deren eine an Lepra tuberosa, maculosa et anaesthetica litt, die andere nur an Lepra maculosa et anaesthetica. Das Hauptergebniss der Untersuchung bildete bei beiden Pat. der Nachweis einer regellosen Lähmung der verschiedensten Empfindungsqualitäten, während die tiefen Theile fast völlig intact waren. Die Diagnose Lepra wurde durch den charakteristischen Bacillenbefund sichergestellt.

Auf Grund seiner Befunde und schon früher durch Baude, Rosenbach, v. Sass u. A. bei der Lepra gefundenen partiellen Empfindungslähmungen glaubt Verf. darauf hinweisen zu müssen, dass man in Zukunft bei der Diagnose Lepra das Hauptgewicht auf lepröse Hautveränderungen wird legen müssen, um nicht diagnostischen Irrthümern gegenüber der Syringomyelie, der Tabes der Myelitis und anderen mit Störungen der Sensibilität einhergehenden Krankheiten zu verfallen. Kusick (Reval).

Robert P. Harris: The remarkable Results of antiseptic Symphysiotomy. (The american Journ. of Obst. and Diseases of Women and Children 1892 Octob.)

Robert P. Harris: Die bemerkenswerthen Resultate der Symphyseotomie.

Auf Empfehlung von Sigault im Jahre 1777 wurde die Symphyseotomie schon im drauffolgenden Jahre 11 mal ausgeführt, gab aber so schlechte Resultate, dass sie allmählich wieder verlassen wurde. Von den ersten 40 vom Jahre 1777—1804 operirten Frauen genasen 25 starben 15, während nur 12 Kinder gerettet werden konnten. Das Resultat war auch für die genesenen Frauen in Bezug auf ihre Gehfähigkeit ein so trauriges, dass Baudelocque die Operation als mörderisch und unphilosophisch bezeichnete und ihren Urheber Sigault verwünschte. Es ist daher nicht auffallend, dass von 1841—58 nur 11 Symphyseotomien, von 1858—65 aber gar keine mehr gemacht wurden. Nachdem Bellnzzi in Bologna 1865 zwei Symphyseotomien mit tödtlichem Ausgang gemacht hatte, erzielte Morisani in Neapel durch die Operation im drauffolgenden Jahre einen für Mutter und Kind glücklichen Ausgang. Als Morisani 1881 seinen ersten Bericht über 50 operirte Fälle veröffentlichte, betrug die Mortalität der Operation 20 pCt. Dieses immerhin relativ günstige Resultat fand aber wenig Beachtung, da bald darauf — 1882 — die glänzenden Resultate des Sänger'schen Kaiserschnitts das Interesse der Gynäkologen in Anspruch nahmen. Die 18 folgenden Operationen 1881—86 ergaben wieder ungünstigere Resultate, da dabei 11 Frauen und 5 Kinder zu Grunde gingen.

Vom 1. Jan. 1886 bis zur Gegenwart sind im Ganzen 44 Symphyseotomien — davon 10 in der Privatpraxis — von 15 Operateuren ausgeführt worden. Dieselben sind von Harris in einer Tabelle zusammengestellt worden. Die meisten Operationen sind in Italien, speciell Neapel von Morisani gemacht worden, 5 Fälle sind in Paris (Pinard, Tarnier, Porak), 3 in Deutschland (Leopold, Freund) operirt worden. Von den 44 Frauen starb nur eine an einer puerperalen Metro-Peritonitis, in 4 Fällen kam es in Folge der Operation zu Vesico-Vaginalfisteln, die sich aber bei exacterer Technik vermeiden lassen müssen. Die übrigen Frauen genasen ohne zurückbleibende Gehstörungen. Das Alter der Operirten schwankte zwischen 15 und 45 Jahren, es befanden sich unter ihnen Erst- bis Neuntgebärende. Die Zange wurde in 27 Fällen angelegt, in 5 Fällen musste die Wendung gemacht werden. An 6 Frauen wurde die Operation 2 mal ausgeführt. Von den 44 Kindern starben blos 5. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelte es sich um rachitische Becken, wobei die geringste Conj. vera 6,0 Cm. betrug. Dieses Maass wird auch fernerhin als äusserste Grenze für die Zulässigkeit der Operation zu betrachten sein, da im Allgemeinen die Symphyse nicht mehr als um 7 Cm. auseinanderweichen darf ohne Gefährdung der Ileosacralgelenke. Caruso hat allerdings in 2 Fällen die Symphyse auf 8,5 und 9 Cm. auseinandergehn sehn ohne nachtheilige Folgen für die Pat.

Auf Grund seines Studiums aller publicirten Fälle ist Harris ein warmer Befürworter der Symphyseotomie. Dieselbe soll nicht nur den Kaiserschnitt bei relativer Indication aus der Welt schaffen, sondern auch an Stelle der Craniotomie bei lebendem Kinde treten. Dank ihrer Ungefährlichkeit und der geringen Mortalität soll sie dazu geeignet sein. Die Operation ist nach Harris mehr zu den geburtshilflichen als zu den chirurgischen Eingriffen zu rechnen und ist auch technisch nicht schwer auszuführen. Das Operationsverfahren ist nach den Angaben Morisani's beschrieben und stimmt im Wesentlichen mit dem von uns in Nr. 38 dieser Wochenschrift referirten Operationsmodus Leopold's überein.

Zum Schluss erlaubt sich Ref. einige Bemerkungen über diese wieder aufkommende Operation. Die erste Symphyseotomie in Russland sah Ref. vor einigen Wochen in St. Petersburg Professor A. Krassowsky ausführen. Dem davongetragenen Eindruck zufolge muss die Operation als leicht ausführbar bezeichnet werden. Ob sie aber Eingang in die Praxis jedes Arztes auch des Landarztes finden wird muss dahin gestellt bleiben. Mehrere womöglich geschulte Assistenten sind unbedingt erforderlich. Eigentliche technische Schwierigkeiten bei der Ausführung giebt es nicht, wenn man nicht etwa die leicht eintretende starke parenchymatöse Blutung dazu rechnen will, die nach Durchschneiden des Lig. arcuatum durch Verletzung der Corpora cavernosa entstehen kann, sich aber jedenfalls beherrschen lässt. Nach Meinung des Ref. wird die Symphyseotomie in Kürze an Stelle des Kaiserschnitts bei relativer Indication treten. W. Beckmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Friedr. Albin Hoffmann (Leipzig): Lehrbuch der Constitutionskrankheiten. Stuttgart. 1893. Verlag von Ferd. Enke.

Mit diesem Werk tritt der zweite Repräsentant eines gross angelegten Sammelwerkes an die Oeffentlichkeit, welches von der Verlagsfirma Ferd. Enke ins Leben gerufen ist, und unter dem Titel «Bibliothek des Arztes» eine Sammlung medicinischer Lehrbücher für Studierende und Praktiker umfassen soll. Den ersten Band bildete die «Orthopädische Chirurgie» von Hoffa, die wir seinerzeit besprochen haben. Wie schon der Titel des Sammelwerkes andeutet, wird dasselbe das ganze Gebiet der medicinischen Wissenschaften umspannen und in einzelnen Bänden erscheinen, die in selbstständiger monographischer Form alle Zweige unserer ausgedehnten Wissenschaften zur Darstellung bringen. Der Umstand, dass bei den raschen Fortschritten der medicinischen Forschung, die von ihr producirte riesige Literatur zwar unsere Arbeitstische überschwemmt, aber nicht mehr im Gedächtniss des Einzelnen untergebracht werden kann, lässt derartige Werke in der That als ein Bedürfniss des ärztlichen lesenden Publikums erscheinen. Es ist nothwendig, dass von Zeit zu Zeit der jeweilige Stand der medicinischen Wissenschaften fixirt und dadurch gleichsam ein Ruhepunkt geschaffen wird, bei dem sich aufathmen lässt, und von dem aus übersehen werden kann, was sich aus der gährenden Fluth der Tagesmeinungen und der Tagesarbeit als fester Boden abgesetzt und consolidirt hat, so dass darauf weiter gebaut werden kann.

Der gegenwärtige Augenblick dürfte für ein derartiges Unternehmen nicht ungeeignet sein. In der innern Medicin und Pathologie wenigstens ist hie und da eine gewisse Festigung der Meinung auf solchem Gebiete zu bemerken, die noch vor wenig Jahren zu den meistumstrittenen gehörten; das zeigt sich z. B. vielfach in der Lehre von den Nervenkrank-

heiten, in der Bakteriologie, so weit sie sich mit dem Nachweis und der Reinzüchtung belebter Krankheitserreger beschäftigt, in der Lehre von den Verdauungskrankheiten, wo betreffs der chemischen Untersuchung der Magenfunction die wichtigsten Fragen zu einem klinischen und praktischen Abschluss gebracht worden sind, u. s. w. Andrerseits fühlt wohl jeder Arzt, dass wir am Vorabend wichtiger Entdeckungen in Bezug auf die chemische Seite der Bakteriologie stehen, Entdeckungen die unsere Anschauungen über Immunität und über Therapie der Infections-Krankheiten vielleicht in wenig Jahren von Grund aus umformen werden. Da dürfte der Versuch wohl erwünscht sein das bisher Erreichte zu recapituliren und den eisernen Bestand unserer heutigen Kenntnisse festzulegen. Wir wünschen, dass dieser Versuch in der «Bibliothek des Arztes» gelingen möge, um so mehr als er sich nicht blos auf die innere Medicin beschränkt, sondern sich auch über die Chirurgie, Gynäkologie, Ophthalmologie, Pathologie, Toxicologie und Pharmacologie ausdehnen will. Für die Leser unserer Wochenschrift dürfte das Unternehmen auch ein gewisses persönliches Interesse haben, da sich an demselben eine nicht geringe Zahl von ehemaligen und gegenwärtigen Dorpater Professoren betheiligt. So hat E. v. Bergmann (Berlin) die allgemeine Chirurgie, Fr. Schulze (Bonn) die Nervenkrankheiten, Thoma (Dorpat) die pathologische Anatomie, Kobert (Dorpat) die Pharmakologie, Kennel (Dorpat) die Lehre von den menschlichen Parasiten, Dehio (Dorpat) die Herz- und Gefässkrankheiten zu bearbeiten übernommen. Prof. F. A. Hoffmann, der jetzt in Leipzig lebende langjährige Dorpater Kliniker, ist der erste aus diesem Kreise.

In seinem Lehrbuch der Constitutionskrankheiten, das nunmehr in trefflicher Ausstattung vorliegt, erkennen wir die ausgeprägte wissenschaftliche Persönlichkeit wieder, die sich mit ihren Vorzügen dem Gedächtniss der Schüler tief eingegraben hat.

Mit klaren Worten spricht der Verfasser es aus, dass das vorliegende Werk unsere Kenntnisse von den über die Constitutionskrankheiten festgestellten Thatsachen zusammenfassen, und ihre Quellen nachweisen soll. Hier kommt der eindringende, die Literatur mit ungewöhnlicher Gründlichkeit beherrschende Gelehrte neben dem langjährigen Kliniker und Praktiker, der die selbsterlebten Erfahrungen in treuem Gedächtniss bewahrt und verarbeitet, ebenso gut zur Geltung wie der unbestechliche Kritiker, der scharf zwischen dem was sicher, was wahrscheinlich und was möglich ist, zu unterscheiden weiss. Die Masse der Theorien, durch die wir die gerade im Bereich der Constitutionskrankheiten so breiten Lücken unserer Kenntnisse zu überbrücken gezwungen sind, findet nur so weit Berücksichtigung, als es der Zusammenhang des Ganzen unbedingt verlangt; was uns dagegen die praktische Erfahrung gelehrt hat, kommt auch dann zur Geltung, wenn die theoretische Begründung noch aussteht.

Das ganze Werk ist von einem kritischen aber nicht nihilistischen Positivismus getragen und giebt daher dem Leser die erfreuliche Sicherheit, dass Alles was in demselben gelehrt wird, wohl begründet ist und ohne Rückhalt in der Praxis verwerthet werden kann. In der Therapie sind überall die grossen Gesichtspunkte in den Vordergrund gestellt, von denen wir auszugehen haben; die unzähligen kleinen Modemittel, die heute als Panaceen angepriesen werden, um morgen ins Dunkel der Vergessenheit zurückzutauchen, werden mit einer souveränen Sicherheit behandelt, die nur durch eigene Erfahrung und Prüfung erworben werden kann.

Auf Einzelheiten, in denen sich die originale Anschauung des Autors ausspricht, können wir hier natürlich nicht eingehen; ebenso ist es unmöglich, ein Referat des inhaltsreichen Werkes zu geben. Es sei nur angeführt, dass in 370 Seiten die Anämien, die hämorrhagischen Diathesen, die Hämoglobinämien, die constitutionellen Erkrankungen des Bewegungsapparates (Rachitis, Osteomalacie, Rheumatismus etc.) und die Stoffwechselkrankheiten im engern Sinne (die Fettsucht, Gicht, Diabetes, Oxalurie, Addisonsche Krankheit etc.) abgehandelt werden. Das Werk weiss sich ebenso wohl von unerwünschter Breite fernzuhalten, die das Studium mancher seiner Vorgänger erschwert, als es die compendiöse Kürze vermeidet, hinter der sich nur zu oft die Oberflächlichkeit verbirgt.

D—o.

Aus den Hamburger Staatskrankenhäusern. Pathologisch-anatomische Tafeln nach frischen Präparaten mit erläuterndem anatomisch-klinischem Text, unter Mitwirkung von Prof. Dr. Alfred Kast, Professor der klinischen Medicin in Breslau, früherem Director der Hamburgischen Staatskrankenhäuser, redigirt von Dr. Theodor Rumpel, Directions-Assistenten am Neuen allgem. Krankenhause in Hamburg. — Chromographie, Druck und Verlag der Kunstanstalt (vorm. Gustav W. Seitz) A.-G. Wandsbek-Hamburg.

Unter vorstehendem Titel ist ein neues grossartig angelegtes Unternehmen in's Leben getreten, dessen Zweck in der Beschaffung eines mustergiltigen und dabei doch allgemein zugänglichen pathalogisch-anatomischen Atlanten besteht. Soweit sich bisher beurtheilen lässt, haben Redacteure und Verleger den richtigen Weg zur Erreichung dieses doppelten Zweckes eingeschlagen. Die darzustellenden Objecte werden aus dem enormen Material der Hamburger Staatskrankenhäuser von berufenen Aerzten ausgewählt und in frischem Zustande durch Künstlerhand naturgetreu abgebildet; nöthigenfalls sollen auch mikroskopische Bilder noch hinzugefügt werden. Um die Anschaffung den Interessenten zu erleichtern, erscheint nun allmonatlich ein Heft von 4 grossen Tafeln mit kurzem begleitendem Text. Natürlich kann bei einem solchen Modus der Herausgabe von systematischer Anordnung des Materiales zunächst keine Rede sein — jedoch wird dieser Uebelstand gewandter Weise dadurch beseitigt, dass jeder Abbildung eine Chiffre hinzugefügt wird, welche es ermöglicht, späterhin eine systematische Gruppirung der Tafeln vorzunehmen (so bedeutet C-Circulationsapparat; K-Knochensystem, Muskeln, Sehnen; N-Nervensystem u. s. f.).

Nach den beiden ersten Lieferungen, welche uns heute vorliegen, können wir uns bereits ein Urtheil über die technische Seite des Werkes erlauben. Die Bilder, mit minutiöser Sorgfalt in Zeichnung und Farbengebung ausgeführt und als Aquarelldruck auf den Tafeln reproducirt, sind von tadelloser Naturtreue, daher gewiss beim Studium wie beim Unterricht mehr als ein blosser Ersatz für die entfärbten und difformirten Spirituspräparate. Greifen wir einige Bilder heraus (auf die Wahl der dargestellten Objecte behalten wir uns vor bei späteren Besprechungen näher einzugehen) so finden wir in einem derselben Speiseröhre, Magen und Duodenum nach frischer Schwefelsäurevergiftung von den zarten Aetzungen in den oberen Theilen bis zu den durch Hämatin tief dunkel verfärbten Falten der Mucosa ventriculi und den fleckenweisen Veränderungen im Darm-Anfang geradezu greifbar natürlich wiedergegeben; in einem anderen sehen wir eine Leber bei chronischer interstitieller Entzündung mit ihrer mattbraun in Grau gehaltenen Zeichnung, welche sich durch keine Conservirungs-Methode erhalten lässt. Auch der mikroskopische Schnitt aus dieser Leber (bei schwacher Vergrösserung) ist charakteristisch gewählt und gut gezeichnet.

Von besonderem Interesse für unsere Leser dürfte es sein, dass in den nächsten Lieferungen Darstellungen aus dem Gebiete der pathologisch-anatomischen Veränderungen bei Cholera asiatica erscheinen werden. Wir werden dadurch Gelegenheit finden, die Beobachtungen der Hamburger Collegen mit denjenigen zu vergleichen, welche wir selbst in diesem Jahre zu machen Gelegenheit gehabt haben.

Dass die Ausstattung des Werkes eine hochelegante ist, braucht wohl kaum hervorgehoben zu werden. Um so anerkennenswerther ist es, dass trotzdem ein für Tafelwerke ungewöhnlich niedriger Preis angesetzt ist. Jede Lieferung (4 Tafeln) wird einzeln für 4 Mark, jede Tafel einzeln für 1,50 Mark abgegeben. Studenten können dieselben noch billiger erstehen, wenn sie sie in grösseren Partien durch eine Klinik oder ein wissenschaftl. Institut beziehen.

Prof. R. Virchow und Prof. Ziegler haben das Werk vor seinem Erscheinen begutachtet und gut geheissen, eine Empfehlung, welche hoffentlich dazu beitragen wird, den Wunsch der Verleger zu erfüllen, dass dasselbe nicht nur in öffentliche Bibliotheken Eingang findet, sondern auch in alle Krankenhäuser und in den Bücherschatz derjenigen Aerzte, denen an einer eigenen Weiterbildung in der pathologischen Anatomie gelegen ist.

Wladimiroff.

Auszug aus den Protokollen
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung am 19. October 1892.

1. Dr. Metzler theilt im Anschluss an die Choleraverhandlungen auf der letzten Sitzung einen interessanten Fall mit, den er in diesen Tagen im Peter-Paul-Hospitale beobachtet hat. Eine paraplegische Frau, welche schon ein Jahr lang im Hospitale gelegen hat, die mit Cholerakranken in keine Berührung gekommen ist, erkrankt fast einen Monat, nachdem auch die in ganz getrennten Gebäuden untergebrachten Choleraabtheilungen des Hospitals geschlossen waren, Abends 6 Uhr mit Durchfall und Erbrechen. Um 9 Uhr ist sie bereits pulslos, sehr bleich und bietet später das ausgesprochene Bild des algiden Stadiums der Cholera dar. Am folgenden Morgen erfolgt der Tod. Die von Dr. de la Croix ausgeführte Section ergab untrügliche Merkmale der asiatischen Cholera mit reichlichem Reiswasser-Inhalte im Darmkanale, die bakteriologische Untersuchung des letzteren erzielte eine Reincultur von Commabacillen. Die genaue Untersuchung des Falles stellte fest, dass trotz des im ganzen Hospitale eingeführten Gebrauches von gekochtem Trinkwasser, die Verstorbene, selbst gelähmt, sich dennoch am Tage der Erkrankung durch eine Krankenwärterin kaltes rohes Wasser aus dem Krahn zu verschaffen gewusst hat. Bereits im August war dieselbe Patientin in

ähnlicher Art mit Durchfall und Erbrechen erkrankt. Damals war die Temperatur jedoch erhöht und trat nach einer Gabe Ricinusöl rasch Genesung ein.

Dr. Kernig erwähnt, dass nach den Epidemien von 1866 und 1871 es gleichfalls beobachtet worden, dass hier und da in den Abtheilungen Patienten, welche schon lange im Hospitale mit anderen Leiden gelegen hatten, plötzlich an Cholera erkrankten.

Dr. de la Croix spricht betreffs der Incubationszeit, welche früher im Mittel auf 2 bis 3 Tage geschätzt wurde, seine Ansicht dahin aus, dass angesichts des oft rapiden Verlaufes der ganzen Krankheit auch die Incubationszeit unter Umständen wahrscheinlich nur wenige Stunden zu dauern brauche. Wenigstens hätten viele Patienten bei ihrer Aufnahme in das Hospital als Ursache ihrer Erkrankung Excesse im Essen und Trinken, oder direct den Genuss ungekochten Wassers angegeben, welcher oft nur 10 Stunden vor dem Ausbruche der Erkrankung stattgefunden hatte. Uebrigens sei dieses Moment schwer zu beweisen, da ja auch schon vorher durch diese Unvorsichtigkeiten der Infectionsstoff in den Organismus eingeführt worden sein könnte.

Dr. Koch hat an einem Knaben des Waisenhauses, bei welchem die Erkrankung an der Cholera auf den Genuss von 1 Arschin tief in die Erde vergrabenen rohen Kohlstengeln zurückgeführt werden musste, gleichfalls eine Incubationszeit von weniger als 24 Stunden beobachten können.

Dr. Petersen giebt die Incubationsdauer für solche Fälle, die nach einem Trunke frischen Wassers an Cholera erkrankt waren, nachdem sie vorher nur gekochtes Wasser zu sich genommen, auf 24 Stunden an. Hinsichtlich der Frage von den Recidiven erinnert er an die während der früheren Epidemien von Seidlitz und Zdekauer mitgetheilten Beobachtungen, welche in mehreren Fällen 6 bis 8 Wochen nach einer überstandenen Choleraerkrankung neue Infection mit derselben auftreten gesehen hatten.

2. Dr. Selenkoff berichtet über einen Fall von Herzerkrankung, welchen er Mitte Mai des Jahres aus der Behandlung von Dr. Lingen u. Kernig übernahm. Es handelte sich um eine etwa 60jährige Frau, welche im Herbst 1890 an Dyspnoe zu leiden anfing, die sich gradatim steigerte und einige Monate vor dem Tode unter hydropischen Erscheinungen den Cheyne-Stokes'schen Typus annahm, und mit Ausnahme von einigen Tagen bis zum Tode beihielt. Am 9. Mai bestand hochgradige Herzvergrösserung (Spitzenstoss im 7. Intercostalraum in der vorderen Axillarlinie); keine Klappengeräusche; bewegliche Nieren, dabei die linke sehr schmerzhaft; vergrösserte Leber; Oedem der Unterschenkel, hochgradige Dyspnoe und allgemeine Schwäche, Cheyne-Stokes'sches Athemphänomen; Urinquantität 480—700Cm. in 24St.,(Digitalis wirkungslos); kein Eiweiss; der Puls war 72—80 weich, mit unter aussetzend; das Liegen und Gehen wurde schlecht vertragen; Appetit war gering. Nach dem Ueberzuge aufs Land am 15. Mai zeigte sich keine Besserung. Adonis und Convallarin versagten auch vollständig, die Urinquantität fiel auf 400—600 Cc., das Oedem stieg, es zeigte sich ab und zu Lungenrasseln. Diuretin zu 1,0—2,0 täglich gereicht liess die Harnmenge im Laufe von 8 Tagen mit Schwankungen auf 870 ansteigen; darauf blieb es auch wirkungslos und die Harnmenge fiel bald auf unter 400 Cc. Die Athempause war in dieser Zeit fast regelmässig $^1/_2$ Minute lang bei Pulsverlangsamung bis 60—70, dann begann dyspnoisches Athmen crescendo mit Puls bis 104—120, was auch $^1/_2$ Min. währte. Mit Ausnahme von etwa 5 Tagen, (vom 22.—26. Juni) wo ohne sichtlichen Grund die subjectiven Beschwerden nachliessen, die Athempause verkürzt wurde (auf 5—10 Sec.) und der Puls regelmässig war, ging es die ganze Zeit bergab, das Anasarca stieg bald auf Oberschenkel und Abdomen, die Harnquantität fiel auf 280 Cc. (29. Juni bis 2. Juli), der Puls wurde schwächer und unregelmässiger und der Athemtypus nahm mehr und mehr extreme Form an. Es war notirt: 29. Juni Pause 30 Sec. Puls 50; Athem 30 Sec. P. 120. 30 Juni. Pause 20 Athem 40 Secund.; Puls 60:100. 1. Juli Pause 30, Athem 40 Sec. Puls schwächer 60:96. Lungenrasseln. 2. Juli Pause 20:45 Sec. Athem; Puls besser 64—88. 3. Juli Pause 30:45 Sec. Athem, Puls schwächer, aber nicht aussetzend, 76—100. Das Phänomen dauerte im Schlafe fort, welcher unruhig war und nur durch Codein 0,05—0,15 erreicht wurde, welches sehr gut vertragen worden ist. Am 3. Juli stellte sich Erbrechen ein, die Schwäche stieg; am 4. Juli Uebelkeit beim Heben des Kopfes, Somnolenz ohne Codein, Puls schwach. Am 5. Juli verschied Pat. plötzlich, nachdem sie sich im Bette erhoben hatte. Die Section ergab cor bovinum: Länge 17, Breite bis 15 Ctm., Umfang 31 Ctm. Die Wand des linken Ventrikels sehr verdickt, bis 4 Ctm. die des rechten verdünnt, stellenweise fast muskellos, keine Ruptur. Klappen sufficient; Aorta hochgradig atheromatös, zum Theil verknöchert, erweitert. Coronariae beide erweitert, besonders die linke; die Verknöcherung geht bis auf die dritte Verzweigung, kein Thrombus. Leber verfettet, gross; rechter Lappen 15, linker 10 Ctm. lang. Höhe 6—8 Cm. Nieren nicht auffallend beweglich; rechte 12, linke 11 Cm. lang, schlaff, Pyramiden venös hyperämisch, Corticalis verdünnt, blasser, fettig entartet. Kein Hydrothorax, nicht hochgradiger Ascites. In den Lungen nichts besonderes. Das Herzpräparat wird demonstrirt. (Autorreferat).

Dr. Moritz macht darauf aufmerksam, dass in Fällen, wie der vorliegende, wo alle Diuretica fehlgeschlagen haben, dieselben Mittel doch noch einen Erfolg erzielen können, wenn man den Patienten durch eine Anzahl (10—20) kleiner Schnitte an den Extremitäten ihr Oedemwasser entzieht. Die Entwässerung geht dann sehr rasch vor sich. Bei einem Patienten, dem er auf diese Weise 1 Pud Flüssigkeit entzogen, sah er das Harnquantum von 500 wieder auf 2000 Cc. steigen.

3. Dr. Tiling theilt folgenden Beitrag zur Gallenchirurgie mit, die im Gegensatze zu anderen Operationen in den Leibeshöhlen, welche neuere Schöpfungen sind, schon im vorigen Jahrhunderte vorgeschlagen worden ist. So hat Prof. Riedel in Jena bereits 40 Fälle mit schwerem Icterus operirt mit einer Mortalität von 16—17 pCt. während die leichten Fälle ohne Icterus nur 5 pCt. Mortalität ergaben. Der erste Fall beschäftigt Dr. Tiling schon ein paar Jahre und ist über den ersten Abschnitt der Krankengeschichte von ihm bereits auf der Sitzung dieses Vereins vom 6. Mai 1891 referirt worden. Es handelte sich um eine Dame von 25—30 Jahren, an welcher Dr. Taube im September 1890 in der Coecalgegend einen schmerzhaften Tumor constatirt hatte, den er für Paratyphlitis angesprochen hatte. Dr. Tiling, im November 1890 consultirt, fand einen undeutlichen, sehr schmerzhaften Tumor, welcher sich nach oben bis unter die Leber fortsetzte. Da das Suppurationsfieber anhielt und wiederholte Untersuchungen einen Abscess in der Nierengegend am wahrscheinlichsten machten, war von Tiling im Januar 1891 der Nierenschnitt hinten ausgeführt worden, wobei jedoch weder ein Tumor noch Eiterung gefunden wurde. Die obere Hälfte der Niere konnte betastet werden und liessen sich keine Steine im Becken derselben wahrnehmen. Nach der Operation schwanden jedoch die Schmerzen und blieb auch das Fieber aus, so dass Pat. Mitte Februar das Heleneninstitut verlassen konnte. Es war ihr geholfen worden trotz des Irrthums in der Diagnose, wohl durch Fixation der deplacirten Niere. Bald verschlimmerte sich wieder der Zustand; starke Schmerzhaftigkeit der rechten Seite; hochgradige Unregelmässigkeit in der Harnentleerung, dazwischen vollständige Anurie mit folgender Oligurie. Da an der Niere ein Höcker gefühlt werden konnte, so war es fraglich, ob es sich nicht dennoch um Steine im Nierenbecken handele. Am 10. April wurde die Laparotomie ausgeführt, um entweder den Nierenstein oder, falls keiner vorhanden, die ganze Niere zu entfernen, da man dann berechtigt gewesen wäre, alle Störungen auf eine bewegliche Niere zu beziehen. Nach Ausführung des Schnittes neben dem rechten rectus sprang der Höcker vor und erwies sich als die mit Steinen gefüllte Gallenblase. Trotzdem nie Icterus oder Coliken bestanden hatten, konnten die meisten der schweren Erscheinungen doch durch den Stein erklärt werden. Infolge dessen führte T. die Cholecystotomie aus, wobei er drei runde Steine von Wallnussgrösse mit Schlifffacetten entfernte, die Gallenblase vernähte und versenkte. Die Harnmenge blieb zwar klein, aber Schmerzen und Fieber waren geschwunden. Die Bauchdeckenwunde hatte zwar etwas geeitert, heilte übrigens anstandslos. Pat. nahm ein blühendes Aeussere an, so dass man hoffen konnte, die zweite Operation hätte alle ihre Leiden beseitigt. So zog sie, eine Lehrerin, im Sommer 1891 in den Urlaub. Aber schon nach ca. 2 Monaten hatten sich wieder Schmerzen und Fieber eingestellt und die Harnmenge war noch geringer geworden. So hatte Pat. z. B. oft zwei Tage lang keinen Harn und dann doch nur 150—300 Cc. täglich. Es schienen also die Gallensteine zum Zustandekommen des Krankheitsbildes indifferent gewesen zu sein; die Niere war wieder beweglich geworden, hatte einen gelappten Bau aufgewiesen, so dass es fraglich ist, ob nicht doch noch eine dritte Operation erforderlich sein wird. Hierüber soll eine Berathung mit Dr. Assmuth entscheiden.

Dr. Tiling geht nun auf die Theorie der Gallensteinbildung ein. Nach Prof. Naunyn's Ansicht sei an der Steinbildung nicht eine veränderte Beschaffenheit der Galle Schuld. Man könne Thiere füttern, wie man wolle, die chemische Zusammensetzung der Galle ändere sich nicht. Die einzige Ursache der Steinbildung seien die Epithelien, resp. ihre Degenerationsproducte. In der Gallenblase solle jede Cholesterinbildung durch Cholecystitis (Choleangitis) hervorgerufen werden, welche mittelbar durch Gallenstauung veranlasst wird. Ausserdem wächst der Stein nicht langsam durch Apposition, sondern entsteht verhältnissmässig schnell (in ein paar Wochen). Erst wenn die Gallenstauung längere Zeit besteht, bildet sich um die einzelnen Gerinnsel eine Schale, ein Bilirubinkalkmantel. Erst später verdickt sich das Centrum infolge einer Durchtränkung mit Cholesterin. Die Steine sind anfangs noch so weich, dass sie sich gegenseitig drücken, weshalb man ihre Facetten nicht als Schliff- sondern als Druckfacetten aufzufassen hätte. Demgegenüber demonstrirt Dr.

Tiling jedoch an den vorgelegten Steinen unzweifelhafte Schliffacetten.

Vor einiger Zeit hatte Dr. Tiling einen zweiten Fall durch die Dr. Moritz und Assmuth erhalten: eine Dame von 42 Jahren, deren Kinder alle an Tuberculose gestorben waren. Im Jahre 1879 hatte sie zum ersten Male an Gallensteinkoliken mit Icterus gelitten, welche sich alle 2 Wochen folgten. Darauf war sie in Carlsbad gewesen, worauf sie etwa 8 Jahre hindurch Ruhe hatte. 1890 waren dann wieder starke Schmerzen eingetreten, mehrmals sogar sehr starke prolongirte Anfälle im September. Da man unter der Leber den runden Tumor deutlich durchfühlen konnte, so wurde die Operation am 23. September von Dr. Tiling ausgeführt. Ein Längsschnitt durch den Rectus legte die Blase bloss. Dieselbe war 4 Cm. breit, die Kuppe steinlos, doch tiefer fühlte man Concremente durch. Es wurde nun die Blase selbst eröffnet, worauf weisser Schleim herausquoll, dem 71 Steine von der Grösse einer kleinen Erbse mit Druckfacetten folgten. Die Blase nicht breit, aber sehr lang, ihre Wände bis ⅓ Cm. dick. In der Tiefe, wo der Ductus cysticus endete (16 Cm. tief) liess sich ein Knoten (Stein?) von der Grösse der entfernten Steine durchfühlen, der durch keine Manipulationen entfernt werden konnte. Er wurde zurückgelassen, die Blase dessen ungeachtet zugenäht: zunächst eine gewöhnliche Naht und darüber eine Kürschnernaht angelegt. Ein Sicherheitsventil in Form eines eingenähten Jodoformtampons nach dem Vorbilde Czerny's, wurde eingeführt. Am Abend stellten sich heftige Schmerzen in der Gegend der Gallenblase ein denen jedoch nach zwei Spritzen Morphium zu 0,015 subcutan eine ruhige Nacht folgte und die sich zunächst nicht weiter wiederholten. Der Wundverlauf war ein guter. Erst kurz vor dem Austritte der Pat. aus dem Helenenhospitale am 16. October stellte sich wieder eine kleine Attaque ein. Dies beunruhigt Dr. T. wegen des zurückgebliebenen vermuthlichen Steines, welcher offenbar durch eine oder mehrere Schleimhautschichten von der Pincette getrennt war. Andererseits bedauert er es aber auch nicht, dass er nicht nach Riedel à deux temps operirt hat. Es kommen Steine vor, die gar nicht mehr in der Blase selbst liegen, sondern nach Ulceration durch die Schleimhaut ausgetreten sind, welche sich nachher über sie wieder geschlossen hat und die daher interstitiell in den Wandungen der Gallenblase oder im Lebergewebe selbst liegen. Man hätte zwar in diesem Falle zweizeitig operiren können, weil keine Galle in der Blase vorhanden war; aber sowohl Riedel, als Naunyn und Czerny haben oft nach Entfernung der Steine ein Heraustreten der Galle beobachtet. Czerny spricht sich sogar entschieden für die einzeitige Operation, die ideale Cystotomie, aus. Sind jedoch Ulcerationen oder Eiterung vorhanden, so will auch T. zweizeitig operiren. Die Cystectomie lässt er gelten, wenn die Wände der Gallenblase so morsch sind, dass man den Nähten nicht trauen kann, ebenso wenn Gallenblasenkrebs nach den Steinen eingetreten ist. (Die Demonstration der Steine und von Abbildungen aus der einschlägigen Literatur vervollständigen den Vortrag).

Dr. Kernig weist auf das Schwierige der Indicationsstellung für den operativen Eingriff hin. So liess er in einem Falle, wo Icterus 6—8 Wochen bestanden hatte und ausserdem schweres Fieber mit pyämischer Curve und langdauernde Coliken vorlagen, Chirurgen consultiren. Dieselben wollten jedoch noch warten und in der That schwanden das Fieber und die übrigen Symptome wieder und ist Patient jetzt sehr blühend.

Dr. Tiling: Die präcise Diagnose ist freilich nicht leicht. Bei einer Heilung, wie die eben erwähnte, bleibt es jedoch fraglich, ob der Stein selbst abgegangen sei oder nur der Eiter, oder ob der Stein nicht vielleicht in den Darm durchgebrochen sei. Die Adhäsionen mit Colon, Magen, Netz machten die heftigsten Schmerzen, welche eine Gallensteincolik vortäuschen könnten, während der Stein selbst schon längst in den Darm durchgebrochen sein könne. Durch den Ductus choledochus gingen überhaupt nur die kleinsten Steine durch, während die grossen den letztbeschriebenen Weg nehmen.

Dr. Kernig meint, Ileus durch Gallensteine hervorgerufen, müsse doch ein sehr seltenes Vorkommniss sein.

Dr. Moritz erinnert sich eines solchen Falles: Ein Mann hatte Beschwerden wegen eines mechanischen Hindernisses rechts gelegen, welches die Kothentleerung verhinderte. Dr. M. proponirte, einen Chirurgen zu consultiren, der Patient zog jedoch eine therapeutische Behandlung vor. Nach 4 Wochen fand die Section statt. Grosse Gallensteine comprimirten den Dickdarm.

D. z. Director: Dr. v. Lingen.
Secretär: Dr. Jalan de la Croix.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— In der «Deutschen medic. Wochenschrift» Nr. 40 giebt Th. Weyl nähere Daten über Erkrankungen und Sterbefälle an asiatischer Cholera der Angestellten aller Brauereien von Hamburg, Altona und Wandsbeck. Unter 1837 Angestellten erkrankten in dieser Epidemie nur zwei (0,12 pCt.). Die Gründe für dieses bemerkenswerthe Ergebniss leitet Weyl davon ab, dass 1) die Brauer das verpestete Elbe-Wasser nicht geniessen 2) ist es möglich, dass der Genuss des sauer reagirenden Bieres, welches die Kommabacillen abtödtet, als Cholerapraeservativ gewirkt habe.

Vermischtes.

— Am 13. December fand im grossen Saale des Michaelpalais die Eröffnung des Aerztecongresses statt, welcher zur Prüfung der in verschiedenen Gegenden des Reiches gegen die Choleraepidemie getroffenen Massregeln und zur Feststellung eines zweckmässigen Planes für die Bekämpfung der im nächsten Jahre etwa wieder auftauchenden Seuche einberufen worden ist. Zum Congress sind mehr als 150 von Regierungs- und Communalinstitutionen aus 78 Gouvernements und Gebieten abdelegirte Aerzte eingetroffen, ausserdem nehmen an demselben die Deputirten der Ministerien, die Glieder des Medicinalraths, Professoren der mil.-med. Akademie, die Aerzte der hiesigen Hospitäler und a. m. Theil. Den Congress eröffnete der Minister des Innern, Geheimrath Durnowo mit einer Rede, in welcher er die Verdienste der Aerzte um das Gemeinwohl hervorhob und ihnen für die aufopfernde Thätigkeit während der Choleraepidemie dankte. Unter Anderem wies er auch auf den Umschwung hin, der sich in der Cholerazeit in den Beziehungen zwischen den Aerzten und dem einfachen Volke vollzogen. Anfangs misstrauisch und ablehnend, oft sogar offen feindselig, wurde das Volk allmälig zutraulicher, freundschaftlicher und bewies den Aerzten schliesslich volle Sympathie. Hierauf ergriff der Präsident des Congresses, der Director des Medicinaldepartements, Dr. Ragosin, das Wort. Er skizzirte die Aufgaben und die Bedeutung des bevorstehenden Congresses und schloss mit der Aufforderung, das Andenken der im Kampfe gegen die Cholera gefallenen Aerzte und Studenten durch Erheben von den Sitzen zu ehren. Hieran schloss sich die Verlesung der vom Medicinaldepartement vorbereiteten 3 Berichte über die Bewegung der Choleraepidemie, über die 1892 ergriffenen Vorbeugungsmassregeln und über das Eindringen der Cholera durch Transkaspien und Transkaukasien. Am nächsten Tage begannen die Commissionssitzungen.

— Der hier tagende Aerztecongress hat, auf Vorschlag des Präsidenten, Prof. Pasteur am 15. December anlässlich seines Geburtstages ein Glückwunschtelegramm gesandt.

— Ernannt: Das Mitglied des gelehrten militär-medicinischen Comités, Geheimrath Dr. Prissëlkow, zum Mitgliede des Ober-Militär-Sanitätscomités, mit Belassung im gegenwärtigen Amt; der ausserordentliche Professor der Diagnostik an der Universität Charkow, Dr. Lomikowski, zum ordentlichen Professor auf diesem Lehrstuhl.

— Bestätigt: Der ausseretatmässige ausserordentliche Professor der Pädiatrie an der Universität Charkow Dr. Ponomarew, als etatmässiger ausserordentlicher Professor.

— Verstorben: 1) am 26. November in Nowo-Alexandria (Gouv. Lublin) Dr. Isidor Gerhardt, im 84. Lebensjahre. Der Hingeschiedene begann seine ärztliche Praxis i. J. 1831, also vor 61 Jahren und fungirte 34 Jahre hindurch als Arzt am Institut in Nowo-Alexandria. 2) Im Tiflischen Kreise der jüngere Arzt des Ssuramschen Militärlazareths Dmitri Schalygin im 32. Lebensjahre. 3) Am 11. November im Flecken Kolorasch (Bessarabien) der Landschaftsarzt Anton Zolkiewicz, im Alter von 58 Jahren. 4) In Lipowez (Gouv. Kiew) der Arzt K. Przestemski, welcher erst im vorigen Jahre den Cursus an der Kiewer Universität absolvirte. 5) u. 6) die jüngeren Militärärzte I. Ssanin, 32 Jahre alt, und Nekrassow.

— Am 16./28. Januar 1893 begeht der berühmte Physiolog M. Schiff in Genf seinen 70. Geburtstag. Auf Anregung des Professors der Physiologie A. Herzen in Lausanne soll dem Jubilar zu diesem Tage eine Sammlung aller seiner Arbeiten, welche in verschiedenen Zeitschriften zerstreut sich finden, in 2 Bänden dargebracht werden. Etwaige Geldbeiträge zur Herstellung dieses Geschenkes sind direct an Prof. Herzen oder auch an den Professor der St. Petersburger Universität Nikolai Wedenski (im Gebäude der St. Pet. Univers.) zu senden.

— Die vor Kurzem hier abgehaltene Petersburger Kreislandschaftsversammlung hat beschlossen, dem Landschaftsamt, der Sanitätscommission, dem Präses der letzteren, Dr. A. Oppenheim, sowie allen Landschaftsärzten den Dank der Versammlung für ihre Thätigkeit während der Choleraepidemie auszusprechen. Den Fedlscheren und dem niedern Personal, welche bei der Bekämpfung der Epidemie betheiligt gewesen, hat die Landschaftsversammlung Belohnungen im Betrage einer Monatsgage ausgesetzt.

Die Stadtverwaltung von Tomsk hat an alle Aerzte und Studenten, welche an der Bekämpfung der Cholera in Tomsk mitgewirkt haben, deren gewissenhafte und selbstverleugnende Thätigkeit anerkennende Dankschreiben gerichtet.

— Die Corporation der Privatdocenten der hiesigen militär-medicinischen Academie hielt am 7. December eine Versamm-

lung ab, in welcher die Wahlen der Mitglieder des Bureau's der Corporation für das Jahr 1893 stattfanden. In derselben Sitzung wurde beschlossen, nach den Weihnachtsfeiertagen im Locale des Aerzteclubs eine Reihe von öffentlichen Vorlesungen zu veranstalten, deren Ertrag zum Besten der aus den Kliniken entlassenen armen Kranken verwandt werden soll.

— Dr. J. Bertenson, hat anlässlich seines Jubiläums 300 R. zum Besten der Gesellschaft zur Unterstützung nothleidender Studenten der militär-medicinischen Academie gespendet.

— Am 15./27. December beging Louis Pasteur in Paris seinen 70. Geburtstag. Von dem Institut de France wurde zu Ehren des berühmten Gelehrten eine Feier in der Sorbonne veranstaltet, an welcher der Präsident der Republik Carnot, die Minister, die Gelehrtenwelt und gegen 50 Deputationen französischer und ausländischer Gesellschaften Theil nahmen. Die Deputationen überreichten dem Jubilar Adressen und Medaillen. Die grosse goldene Medaille, welche von den aus allen Gegenden eingelaufenen Beiträgen angefertigt ist, trägt auf der einen Seite Pasteurs Bildniss und auf der anderen die Inschrift: «Pasteur zu seinem 70. Geburtstage die dankbare Wissenschaft und Menschheit — 27. December 1892».

Von dem deutschen Verein für innere Medicin, sowie von der Berliner medicinischen Gesellschaft wurden Pasteur Ehrenmitgliedsdiplome überreicht. Das Institut de France hatte die Berl. med. Gesellschaft in einem eigenen Schreiben zur Theilnahme an der Feier eingeladen, — wie Virchow bei der Verlesung der Einladung hervorhob, ein neues erfreuliches Zeichen für den versöhnlichen Geist, der die wissenschaftlichen Kreise Frankreichs beherrscht! Die deutsche medicinische Presse zollt auch den Verdiensten des grossen französischen Forschers ihre volle Anerkennung.

— In Tiflis wurde am 24. November die erste Augenheilanstalt im Kaukasus, welche von der unter dem Protektorat Ihrer Majestät der Kaiserin stehenden kaukasischen Abtheilung des Kuratoriums der Kaiserin Maria Fedorowna für Blinde errichtet worden ist, eröffnet. Die Anstalt verfügt über acht geräumige Zimmer und einen Operationssaal.

— Vom Militärgericht sind in dem Process gegen die an den Choleraunruhen in Jusowka (Gouv. Jekaterinoslaw) Betheiligten verurtheilt worden: zwei Reservesoldaten und 2 Bauern zur Hinrichtung durch den Strang, acht Angeklagte zur Zwangsarbeit auf 15 Jahre, 30 Angeklagte zur Abgabe in die Arrestantenabtheilungen auf eine Zeit von drei Jahren, 10 Angeklagte zur Gefängnisshaft auf 8 Monate, 16 Angeklagte zur Gefängnisshaft auf 4 Monate und 7 minderjährige Angeklagte zum Arrest auf 3 Wochen. 27 Angeklagte sind freigesprochen worden.

— Am 12. December beging die Universität Dorpat, wie wir der «N. Dörptschen Ztg.» entnehmen, wiederum in festlicher Weise die Wiederkehr des Tages, an welchem diese Universität vor 90 Jahren errichtet wurde, um eine Stätte der Wissenschaft und fortschreitender geistiger Arbeit zu werden. Die Universität Dorpat ist eine Stätte gewesen, auf der ernste Wissenschaftlichkeit und echter Forschergeist feste Wurzel geschlagen hat. Dieser Ruhm, kann ihr durch Niemand geschmälert werden. Und nicht nur für das Gebiet, zu dessen geistigem Centrum sie in erster Linie bestimmt ist, hat sie gearbeitet, ein nicht geringer Theil der ehemaligen Angehörigen der Dorpater Universität hat im Innern des Reiches und weit über die Grenzen des Reiches hinaus in den verschiedensten, oft recht hervorragenden Stellungen gewirkt. Die Dorpater Universität ist, wenn man ihr Bestehen in der schwedischen Zeit mitrechnet, die älteste Universität des Reiches, dabei ist sie trotz aller ihrer Leistungen stets die am spärlichsten dotirte Hochschule des Reiches gewesen. Die Dankbarkeit und Anhänglichkeit, welche die ehemaligen und jetzigen Jünger der Dorpater Universität der alma mater bewahren, bezeugen auch diesmal wieder die in so grosser Anzahl, wie kaum je zuvor, eingelaufenen Glückwunschdepeschen (92), welche — abgesehen von den Collectivdepeschen — viele hunderte von Namen enthalten, deren Träger so pietätvoll des Stiftungstages der Alma mater Dorpatensis gedacht haben.

Die officielle Feier in der Aula der Universität, begann nach dem üblichen Festgottesdienst in der Universitätskirche, mit einer Festrede des Professors der Mineralogie F. Lewinson-Lessing über «Veränderungen in der Vertheilung von Festland und Meer».

Hierauf berichtete der neue Rector, Prof. Dr. Budilowitsch, in russischer Sprache über die von den Studirenden gelösten Preisaufgaben und verlas sodann den ebenfalls in russischer Sprache abgefassten Jahresbericht.

Die Betheiligung an der Lösung der Preisaufgaben ist auch diesmal eine recht rege gewesen und legt ein beredtes Zeugniss für das wissenschaftliche Streben ab, welches die Jünger Dorpats beseelt. Im Ganzen kamen 13 Medaillen (8 goldene, 5 silberne) zur Vertheilung, 4 Preisarbeiten blieben unberücksichtigt. In der medicinischen Facultät waren für die drei gestellten Preisaufgaben vier Bearbeitungen eingegangen, die sämmtlich mit goldenen Medaillen gekrönt wurden. Die Bearbeitung des Themas «Es wird eine genauere Untersuchung der Wand der Arteria coronaria cordis des Menschen für die verschiedenen Lebensjahre verlangt» hatte zum Verfasser den stud. med. Abba Emanuel aus Warschau. — Die Preisaufgabe «Ueber den Einfluss der wichtigsten krankmachenden Gifte auf die Erregbarkeit der Grosshirnrinde» war von dem Studirenden der Medicin August Berkholz aus Riga und Wladimir Ramm aus Warschau (der schon 1889 eine goldene Medaille erhalten hat) gelöst worden. — Die goldene Suworow-Medaille erhielt der stud. pharm. Rudolph Wachs aus Livland für die Bearbeitung der Preisaufgabe: «Vergleichende Untersuchung des Quercitrins und der ihm ähnlichen Verbindungen».

Mittheilungen aus dem Jahresbericht der Dorpater Universität bringen wir in der nächsten Nummer.

Den Schluss der officiellen Feier bildete eine längere Ansprache des Rectors, in welcher er einen Rückblick auf die Universität Dorpat als die zweitälteste resp. (unter Anrechnung der schwedischen Zeit) älteste Universität Russlands warf und den Leistungen, sowie der Bedeutung der Universität Dorpat für die Wissenschaft und das Reich während der 90 Jahre ihres Bestehens volle Anerkennung zollte.

— Zur Feier des 90jährigen Bestehens der Universität Dorpat hat Prof. Dr. R. Kobert den 3. Band der historischen Studien des von ihm geleiteteten Dorpater pharmakologischen Instituts als Festgabe dargebracht. Das Werk enthält zwei Arbeiten. Die erste Arbeit ist eine nach den Archiven der Universität angefertigte Titel-Zusammenstellung alles dessen, was die Dorpater medicinische Facultät während der 90 Jahre ihres Bestehens geleistet hat. Das Namenregister weist mehr als 1500 Dorpater Namen auf. Es bestätigt diese Publication wieder das günstige Urtheil welches schon Pirogow in seinen Memoiren über die Leistungen der Dorpater medicinischen Facultät ausgesprochen hat. Verfasser dieser dankenswerthen Arbeit ist Dr. A. Grünfeld, erster Assistent am pharmakologischen Institut der Dorpater Universität. Die zweite Arbeit hat einen Practicanten des pharmakologischen Instituts, Dr. Abdul Achundow aus Baku, zum Verfasser und bringt Uebersetzung und Commentar zu einem bisher noch in keine andere Sprache übersetzten persischen medicinischen Schriftsteller des X. Jahrhunderts, mit Namen Abu Mansur Muwaffak Ben Ali Harawi. Der Inhalt dieser gelehrten Abhandlung ist nicht allein für die Erforschung der altindischen Medicin von grosser Bedeutung, sondern in gleich hohem Grade auch für den Culturhistoriker und Sprachforscher. Ein namhafter Sanskritist, dem einige Druckbogen vorgelegt wurden, soll sich dahin geäussert haben, dass er kein Werk kenne, welches den Erforscher der Sanskrit-Medicin in höherem Grade interessire als dieses.

— Die Choleraepidemie nimmt in St. Petersburg in erfreulicher Weise ab. Während sie im November und in der ersten Decemberwoche sich fast ungeschwächt auf gleich hohem Stande hielt und die Zahl der Cholerakranken in den städtischen Hospitälern am 9. December noch 26 betrug, sind seit dem 9. d. Mts keine Neuerkrankungen vorgekommen und ist die Zahl der in den Hospitälern in Verpflegung verbliebenen Cholerakranken zum 17. December auf 4 gesunken.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 12. Dezember d. J. 5926 (60 mehr als in der Vorwoche), darunter 94 Typhus — (1 weniger), 701 Syphilis — (4 weniger), 56 Scharlach — (4 mehr), 14 Diphtherie — (6 mehr), 16 Masern — (3 weniger), 6 Pocken — (1 mehr) und 12 Cholerakranke (19 weniger als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Vom Kreislandschaftsamt in Bjeloi (Gouv. Smolensk) werden 4 Aerzte für die im Januar 1893 neu zu creirenden ärztlichen Bezirke gesucht. Gehalt 1000 Rbl. und freies Quartier.

2) In Ssaratow ist das Amt des Oberarztes des Stadthospitals erledigt. Die Meldung geschieht beim Stadtamt unter Beifügung von Auskünften über den bisherigen Dienst.

3) Im Kreise Medyn (Gouv. Kaluga) sind 2 Landschaftsarztstellen vacant. Gehalt 1000 Rbl. jährlich nebst freier Wohnung.

4) Vom Landschaftsamt in Atkarsk (Gouv. Ssaratow) werden 6 Aerzte für die Stadt und 5 neu zu eröffnende ärztliche Bezirke im Kreise gesucht. Gehalt 1000—1200 Rbl. jährlich.

5) Im Kreise Krassnoslobodsk (Gouv. Pensa) ist vom 1. Januar 1893 ab die Stelle eines Landschaftsarztes zu vergeben. Gehalt 1000 R. und 200 R. Quartiergeld.

6) Vom Landschaftsamt in Werchnedneprowsk wird zum 1. Januar 1893 ein Arzt gesucht. Gehalt 700 R. nebst freier Wohnung.

XVII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge IX. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 52 St. Petersburg, 26. December (7. Januar 1893) **1892**

Abonnements-Aufforderung.

Die St. Petersburger

Medicinische Wochenschrift

wird auch im Jahre 1893 unter der jetzigen **Redaction** und nach dem bisherigen Programm erscheinen. Sie bleibt ihrer Aufgabe getreu, ein Organ für praktische Aerzte zu sein und letztere durch **Originalarbeiten** sowohl als durch **Referate** und **Besprechungen** neu erschienener Werke mit den Ergebnissen zeitgenössischer medicinischer Forschung bekannt zu erhalten. — Wie bisher werden die **wissenschaftlichen Verhandlungen der Dorpater med. Facultät** in der Wochenschrift erscheinen und wird dieselbe als Organ nachstehender Vereine und Gesellschaften fortfahren mit der Veröffentlichung der **Protokolle des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte,** des **St. Petersburger Vereins deutscher Aerzte,** der **Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga,** der **medicinischen Gesellschaft zu Dorpat** und der **Gesellschaft livländischer Aerzte.** — Besondere Aufmerksamkeit wird die Wochenschrift auch fernerhin der **russischen medicinischen Literatur** widmen und in gleicher Weise, wie im vorigen Jahre, auch weiterhin durch fortlaufende Referate über **alle wichtigeren in russ. medicin. Journalen erscheinenden Arbeiten,** sowie über die Verhandlungen **russischer medicinischer Gesellschaften,** den mit der russischen Sprache nicht vertrauten Fachgenossen die Einsicht in diese stetig an Bedeutung gewinnende Literatur ermöglichen. — Der **Abonnementspreis** ist incl. Zustellung in **Russland 8 Rbl.** für das Jahr, 4 Rbl. für ein halbes Jahr; **in den anderen Ländern 20 Mark** für das Jahr, 10 Mark für ein halbes Jahr. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die Buchhandlung von **C. Ricker** in St. Petersburg, Nevsky-Prospect Nr. 14, **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen an den geschäftsführenden Redacteur **Dr. Rudolf Wanach** (Petersburger Seite, Grosser Prospect Nr. 7, Quart. 6) zu richten.

Zur Diagnose und Behandlung perforirender Verletzungen des Abdomens.

Vortrag, gehalten auf dem livländischen Aerztetage zu Wenden am 15. September 1892.

Von

Dr. W. Zoege-Manteuffel.

Doc. für Chirurg. an der Univ. zu Dorpat.

M. H.! Wenn ich Ihnen meine Anschauungen über die Behandlung der Abdominalverletzungen hier auseinanderzusetzen wage, so geschieht das nicht um wesentlich Neues zu bringen. Ich meine aber, dass bei dem praktischen Interesse, das jeder Arzt den Verletzungen dieser Gegend entgegenzutragen so oft gezwungen ist, es Ihnen nicht unerwünscht sein dürfte hier die Gelegenheit zu Meinungsäusserungen über dieses Thema zu finden. Zudem begegnen wir in den Handbüchern, namentlich in den verbreitetsten von König und Tillmanns in Bezug auf einzelne Fragen Anschauungen, die ich nicht theilen kann und die gewissen physiologisch-pathologischen Thatsachen, die die letzten Jahre gebracht, widersprechen.

Die Aetiologie der Verletzungen ist in ein paar Worten abgethan: wir unterscheiden: Schuss-, Stich-, Schnittwunden als perforirende Verletzungen von solchen, die durch stumpfe Gewalt verursacht, die Decken nicht durchsetzen. Lassen wir diese Contusionen bei Seite, so interessiren uns auch in der Friedenspraxis die erstgenannten 3 Formen fast in gleichem Maasse, wenn vielleicht auch die Schnittverletzungen, unter die ich auch die Stichverletzungen mit schneidender Waffe, wie Messer etc. zähle, etwas überwiegen.

Stehen wir vor einem verwundeten Abdomen, so wird unsere erste Sorge sein: Hat das Messer oder das Projectil die Abdominalwand durchbohrt oder nicht? Ist die Kugel in die Leibeshöhle eingedrungen, hat das Messer die Peritonealhöhle mit der inficirenden Aussenwelt in Communication gesetzt oder nicht?

So einfach diese Frage a priori zu beantworten ist im Kriege, gegenüber der Rasanz der Projectile moderner

Praecisionswaffen, so schwierig wird ihre Lösung in der Friedenspraxis, wo es sich um mit wechselnder Gewalt eindringende Schrote oder um grosse Rundgeschosse mit schwacher oder unbekannter Durchschlagskraft handelt, oder gar um die Kraft, die die mörderische oder rauflustige das Messer führende Faust entwickelte. Und doch ist bei der letzten Art der Verwundung die Frage, ob perforirend oder nicht, in einer ganzen Reihe von Fällen schon beim blossen Anblick des Kranken gelöst. Bei grossen Schnitten meist schon auf der Stelle der That, bei Messerstichen bei der geringsten durch den Schmerz hervorgerufenen Bauchpresse, stülpt sich Bauchinhalt vor: in der Reihe der ersteren meist Darm und Netz, in der der letzteren häufig dieses allein. Nicht so bei den meisten Schuss- und Stichwunden. Hier findet der intraabdominelle Druck keinen Locus minoris resistentiae grösserer Ausdehnung und an der kleinen Schussöffnung kann auch das Netz seine fast zielstrebig zu nennenden Eigenschaften als Lückenbüsser nicht in dem Maasse entwickeln. Daher finden wir hier auch den sichtbaren Beweis für die Perforation des Peritoneum nur äusserst selten, wohl nur in Fällen, wo grosskalibrige Geschosse eine grössere Zerstörung setzten. Zu allermeist jedoch stehen wir den Schuss- und Stichverletzungen und einem grossen Theil der Schnittwunden rathlos gegenüber und suchen umsonst nach einem Symptom, das uns früh über die Ausdehnung der Verletzung aufklärt.

Sehen wir uns daher nach diagnostischen Hülfsmitteln um. Da fällt uns natürlich zuerst die Sonde in die Hand. Tillmanns sagt darüber folgendes: «da meine Sonde aseptisch ist, so würde ich, wie auch Mc. Cormac empfiehlt, sicher sondiren und nicht erst abwarten» etc. und zwar empfiehlt er die Sondirung auch für eine schon frisch verklebte Wunde. Allerdings giebt er zu, dass die Ansichten darüber getheilt sind. Und ich muss gestehen, dass ich mich nicht zu dem Standpunkte Tillmanns bekenne, obgleich auch der um die Kenntniss der Verletzungen des Abdomens so verdiente Cormac ihn theilt. Allerdings ist auch meine Sonde aseptisch, aber ist es auch die Wunde? Wie schwierig ist es schon die Bauchdecken bis an den äussersten Rand der Wunde zu desinficiren, ohne das etwas von den benutzten Flüssigkeiten hineinrinnt, wie ungleich schwieriger ja unmöglich ist es, die Wunde selbst zu desinficiren. Denn Abspülungen mit Carbol und Sublimat nützen nichts, sind aber bei offenem Peritoneum bedenklich. Das eindringende Messer, die Tuchfetzen mitreissende Kugel, sie streifen nun allerdings die unreinen Stoffe sicher in den obersten Theilen der Wunde am ergiebigsten ab. Wenn wir aber mit der stumpfen Sonde in der Wunde umhertappen, schieben wir sicherlich Blutgerinnsel, und was an ihnen hängt und haftet, in die Tiefe und schliesslich in die Bauchhöhle. Bestehen gar complicirende Verletzungen, so können wir hier eine Blutung neu entfachen, dort schützende Adhaesionen bei älteren Wunden sprengen. Aber auch bei frischen drohen Gefahren. Berühren wir den Darm mit einem beliebigen Gegenstand so tritt fast stets eine peristaltische Contraction auf. Diese begünstigt oder provocirt bei Verletzung des Darms Kothaustritte. Ich kann mich danach nicht zu der Ansicht Cormac's und Tillmanns' bekennen, wenn auch die Versuchung zur Sondirung sehr gross ist. Klärt doch die Sonde in der That die Situation mit einem Schlage, aber nur in diagnostischer Hinsicht, — in prognostischer trübt sie sie derart, dass ich den Gebrauch der Sonde hier wie bei allen Höhlenwunden als durchaus und unter allen Umständen unerlaubt verwerfen muss.

Andrerseits wird aber die Forderung an die Diagnose dringend, namentlich in Fällen in denen wir eine Complication als möglich voraussetzen müssen. Hier wird ein Schnitt, der schichtweise die Bauchdecken bis aufs Peritoneum durchtrennt, dem Kranken nicht schaden. Ist das Bauchfell gegen alle Vermuthung nicht eröffnet, so kann man den Schnitt schliessen. Ist die Bauchhöhle eröffnet, so giebt uns die Incision Gelegenheit, manche Nebenverletzungen (Blutung etc.) zu erkennen. Man wird vielleicht einwenden, dass, namentlich in der Landpraxis für Arzt und Kranken eine diagnostische Operation etwas missliches hat und auch oft verweigert werden wird.

Da lasse man lieber die Hände ganz aus dem Spiel, da man ja dann wohl auch nicht gleich die Laparotomie anzuschliessen in der Lage ist. Jedenfalls involvirt die diagnostische Incision weniger Gefahren als die Sondirung.

Ist nach dem Gesagten die Eröffnung der Bauchhöhle oft schlechterdings nicht zu erkennen, so ist vollends die Diagnose der complicirenden Verletzungen eines Darmtheils in der Zeit, wo die Diagnose noch praktischen Werth besitzt, fast stets unmöglich. Nur in vereinzelten Fällen, wo eine Aufschlitzung der Decken das verletzte Eingeweide zugleich bloslegte, oder wo Gas, Koth, oder was ich einmal beobachtete, ein Spulwurm aus der Hautwunde hervortrat, ist damit auch zugleich die Verletzung des Darmes erwiesen. In allen anderen Fällen tappen wir völlig im Dunkeln. Senn hat deswegen nach dem Vorgange anderer Chirurgen vorgeschlagen den Darm mit brennbaren Gasen anzufüllen, die bei ihrem Austritt aus dem Leibe sich dann entzünden lassen sollen. Gegen dieses Verfahren lässt sich dreierlei einwenden: Erstens ist der Darm oft so stark mit Koth gefüllt, dass das Gas nicht bis an die Perforation gelangt. Ferner treibt es, wenn es in gewünschter Weise strömt, Darminhalt aus der Wunde, drittens ist schliesslich die durch Insufflation erzeugte Auftreibung auch bei Bestehen der Verletzung, namentlich aber bei Intactheit des Darmes überaus lästig und bei der eventuellen Laparotomie direct schädlich.

Als drittes diagnostisches Hülfsmittel steht uns die Laparotomie zur Verfügung. Diese wird aber nur indicirt sein können, wo wir mit grosser Wahrscheinlichkeit, mit mehr oder weniger Sicherheit eine Complication annehmen müssen, und wo die Operation so ausgeführt werden kann, dass in ihr nicht dem Kranken neue Gefahren erwachsen, die vielleicht grösser sind als die, denen sein Leben durch die Verletzung als solche ausgesetzt war, das heisst: Das Mittel darf nicht gefährlicher sein als die Krankheit. Die diagnostische Laparotomie gehört somit in die klinische Praxis.

Da uns die Allgemeinsymptome bei den Verletzungen des Abdomens im Stiche lassen, wenn wir absehen von Blutungen und diese veranlassenden Parenchymverletzungen u. s. w., so müssen wir Auskunft suchen bei der Statistik und dem Experiment. Auch hier werden wir aber nur darüber Aufschluss suchen können, ob eine complicirende Verletzung des Darmes vorliegt, während die Frage, ob die Peritonealhöhle an sich eröffnet ist, nur aus der Richtung der Verletzung und der Grösse der Gewalt zu erschliessen ist, mit der die Verwundung erfolgte. Den ersteren Factor, die Richtung, können wir meist aus der Gestalt der Wunde erkennen, den anderen, die Grösse der Gewalt, kennen wir in den Friedensverletzungen, wie erwähnt, nur selten.

Ueber die Häufigkeit complicirender Darmverletzungen giebt uns die Statistik naturgemäss nur sehr ungenaue Auskünfte. Dass spitze, stumpfspitze und scharfe Instrumente das Abdomen perforiren können, ohne den Darm zu verletzen, beweisen uns die Fälle von Mc. Cormac und Hennen. Letzterer sah einen Ladestock, Ersterer ein Bajonett das Abdomen ohne Läsion der Därme durchsetzen. Auch die tägliche Praxis bestätigt wohl die Madelung'sche Beobachtung, dass bei Stich- und Schnittwunden der Darm häufig unverletzt bleiben kann. Dass der Magen gelegentlich dem Messerstoss ausweichen kann,

habe ich selbst einmal beobachtet (St. Petersburger med. Wochenschrift 1892 Nr. 10).

Schwieriger ist die Entscheidung dieser anatomischen Frage bei Schusswunden. Die Thatsache der Ausheilung einer das Abdomen durchsetzenden Schussverletzung ergiebt hierfür natürlich gar keinen Beweis. Larrey berichtet über einen Fall, in dem die Kugel den Leib, wie es anfangs schien, schadlos durchsetzt hatte. Später fand sich aber doch eine Quetschung des Darmes. Die Thierexperimente von Parkes und Klemm ergaben, dass sogar stets eine Mitverletzung des Darmes statt hatte.

Die persönlich gewonnenen Anschauungen von Autoritäten wie Cormac, Kocher, Mikulicz stimmen dem bei, so dass wir wohl nicht fehl gehen, wenn wir bei einer die Abdominalwand perforirenden Schussverletzung auch eine Verletzung des Darmes als sehr wahrscheinlich ansehen.

Wenden wir uns nun zu der Therapie der in Rede stehenden Verletzungen. Hier müssen wir vor Allem danach fragen: was besorgt die Natur selbst und wo wird sie ohne Kunsthilfe machtlos?

Schnitt- und Stichverletzungen geben auch bei exspectativer Behandlung eine ziemlich gute Prognose. Reclus[1]) sah von 45 Fällen 40 spontan heilen, was ca. 10 pCt. Mortalität giebt. Cormac[2]) sammelte 89 Fälle, in denen der Bauchschnitt gemacht worden war, mit 24 Todesfällen, d. h ca. 27 pCt. Unter diesen waren aber 56 schwere Verletzungen, bei denen der Dünndarm oft mehrfach genäht werden musste und die allein 14 Todesfälle aufwiesen. Ueberhaupt können wir diese Zahlen nicht direct vergleichen, da Cormac Kriegsverletzungen, also ungleich schwerere Verwundungen zählt, während Reclus hauptsächlich aus der Friedenspraxis sammelt und eine ganze Reihe von Verwundungen mit Pfriemen, Federmessern mittheilt, bei denen wohl sicher keine Complicationen bestanden, ja es fraglich war, ob die Abdominalwand überhaupt perforirt war, während die Cormac-Otis'schen Fälle bis auf 18 alle complicirt waren.

Die Friedenspraxis, die uns hier vornehmlich interessirt, hat es ja mit minder grossen Gewalten zu thun und da ist, wie gesagt, die Complication seltener, die Spontanheilung relativ häufig. Handelt es sich um den Stoss eines Ochsenhornes oder einen Sensenhieb, um Maschinenverletzungen etc., so sieht man ja wohl die Intestina in Masse prolabirt und zerrissen. Hier hat nur in seltenen glücklichen Fällen die Kunsthilfe Erfolge aufzuweisen, während bei einfach prolabirter und angeschnittener Darmschlinge wohl Spontanheilung, aber mit Kothfistel, zu Stande kommen kann. Nur in Bezug auf die letzteren Fälle können wir es verstehen, wenn John Bell von dem Vorschlag Benjamin Bell's, den verwundeten Darm zu nähen und zu reponiren, sagt, dass das geradezu eine Tollheit sei, und dass seit der Erfindung der Buchdruckerkunst dieser Vorschlag seines Gleichen nicht finde. Die antiseptische Aera hat dem genialen älteren Bell Recht gegeben, und werden wir sehr wohl in der Lage sein dem Verwundeten den Anus praeternaturalis zu ersparen. Bei den Verletzungen des Leibes durch Messerstich, wie sie bei Raufereien und Raubanfällen vorkommen, sehen Sie relativ selten den Darm verletzt. Meist findet sich ein mehr weniger gerader Stichkanal, den ein Zipfel des prolabirten Netzes schliesst. Hier sind die Bedingungen zur spontanen Heilung überaus günstige. Ueberlassen wir den Fall sich selbst, so wächst das Netz hier ein, bedeckt sich mit Granulationen und schliesst so bald das Abdomen.

Sehr anders liegen die Verhältnisse bei den Schussverletzungen. Seit Alters haben sich hier zwei Heerlager gegenüber gestanden, die sich arg befehdeten. Die Einen vertraten den Standpunkt, dass Abwarten das Beste sei, da auch hier die Spontanheilung relativ häufig zu Stande käme und bei der zweifelhaften Diagnose die Berechtigung und auch Leistungsfähigkeit der Laparotomie anzuzweifeln sei. Zu Vertretern dieser Richtung gehört vornehmlich in neuerer Zeit Reclus. Er findet, dass von 88 Schussverletzungen, die exspectativ behandelt worden waren, 22 mit Tode abgegangen sind, 66 leben blieben, was eine Mortalität von ca. 25 pCt. gäbe, während von 40 Fällen, die vor der 12. Stunde laparotomirt wurden, 22 starben = 55 pCt. Mortalität, und von 22, die nach der 12. Stunde operirt wurden, 17 starben, was77 pCt. Mortalität ergäbe.

Dem gegenüber lehrt die Schule der Interventionisten, zu denen wohl so ziemlich alle deutschen Chirurgen, dann Mac Cormac, Parkes, Senn etc gehören, dass die Spontanheilung einer Schussverletzung des Leibes mit complicirender Darmwunde als so seltener Glücksfall (König) anzusehen sei, dass man nicht darauf rechnen dürfe, und daher in dem Falle, wo man die Complication vermuthe, d. h. nach dem oben über die Diagnose Gesagten, in jedem Falle die Laparotomie unbedingt machen müsse. Alle Interventionisten und mit ihnen auch Klemm in seiner vor kurzer Zeit erschienenen Arbeit meinen die Reclus'schen Schlüsse und Vergleiche seien nicht exact genug, es fehle eine genauere Kritik der Einzelfälle. Ich gebe sofort zu, dass die Art, wie Reclus die laparotomirten Fälle heranzieht nicht einwandsfrei ist und dass ferner von den spontan geheilten Fällen eine ganze Reihe nicht fraglos mit Intestinalverletzungen complicirt waren. Dennoch aber sind von den 66 Geheilten 33 ohne allen Zweifel mit Magen-, Darmverletzungen oder Läsion der Gallenblase (2) complicirt gewesen, weitere 4 zeigten blutige Stühle und sind somit wohl auch als ziemlich sichere Darmverletzungen anzusehen: macht in Summa 37. Rechnen wir nun auch nur diese, so giebt das in Summa 59 fraglos complicirte Abdominalverletzungen mit 22 Todesfällen oder 37 pCt. Mortalität. Otis giebt für die Laparotomie 24 Todesfälle, 7 Heilungen d. h. 66 pCt. Mortalität an. Wer wie Taillerand meint: «la statistique c'est le mensonge en chiffre» dem kann ich nur das Gleiche gegen die Cormac'sche Statistik anführen, und ich meine, solche Zahlen wie die von Reclus gebrauchten 37 lassen sich durch ein bon mot nicht beseitigen.

Das Misstrauen, das der exspectativen Behandlungsmethode und ihren statistischen Angaben entgegengetragen wird, beruht aber, wie ich meine, viel weniger auf dem allgemeinen Misstrauen gegen Zahlen, als auf den Erklärungsversuchen des Modus der Spontanheilung. Namentlich kleine Projectile sollten Oeffnungen setzen, die durch den sich vorstülpenden Schleimhautpfropf so lange geschlossen würden, bis peritoneale Verklebungen die Gefahr beseitigten.

Diesen Behauptungen widersprachen die Resultate der Experimentatoren direct. Dadurch kamen aber jene Thatsachen, die durch diese Theorie erklärt werden sollten, auch in Misscredit. Die Experimentatoren fanden, dass es fast gleichgültig sei welches Caliber das Geschoss besitze, da auch ein kleines Projectil bei tangentialem Auftreffen auf das Darmrohr relativ grosse Oeffnungen setzen könnte. Ich selbst hatte solches einmal zu beobachten Gelegenheit bei einem Knaben, dessen Darm 11 mal von einer 7 Mm. Revolverkugel durchbohrt war. Einzelne Oeffnungen hatten bis 1,5 Ctm. grössten Durchmesser (cf. Klemm l. c.). Aber auch die kleinste Wunde gestattet dem Koth den Austritt: «Die Schleimhaut vermag nicht das Loch auch der kleinsten Kugel so zu verstopfen, dass jener Austritt verhindert wird» sagt Mc. Cormac und Klemm beobachtete den Vorgang des mit jedem peristaltischen Impulse periodisch sich wiederholenden Austretens von Koth aus einer durch 5 Mm.

---

[1]) Revue de chirurgie Bd. X, 1890.
[2]) Sammlung klin. Vorträge.

Projectil gesetzten Darmwunde, trotzdem die Schleimhaut in typischer pfropfartiger Weise die Wunde scheinbar schloss. Aber auch in anderer Hinsicht widersprachen die Resultate der Experimentatoren den Reclus'schen Angaben. Alle Hunde, die nicht laparotomirt wurden, gingen zu Grunde. Und wir wissen doch, dass das Hunde — Peritoneum viel mehr verträgt als das des Menschen, und viel ergiebigere plastische Eigenschaften besitzt.

Die Widersprüche zwischen Statistik und Experiment zu lösen wird der Zukunft vorbehalten sein, ich glaube aber, dass nach dem Erwähnten wir wohl berechtigt sind, die experimentellen Resultate als eine theilweise Correctur jener statistischen Angaben anzusehen und somit die Schussverletzungen des Abdomens als mindestens zweifelhaft zu prognosticirende Verletzungen zu bezeichnen.

Das giebt uns aber auch schon gewisse Anhaltspunkte für die Therapie, und für die Prognose bei eintretender Kunsthilfe. Bei Besprechung derselben kann ich nicht umhin einen wissenschaftlich geforderten Idealstandpunkt von einem, sagen wir, Compromissstandpunkt zu sondern, wie er durch die schwierigen Verhältnisse namentlich der Landpraxis gegeben ist. Hier dem Arzte die volle Verantwortlichkeit des Klinikers aufzubürden wäre unbillig.

Fraglos und unbedingt in allen Situationen indicirt ist die Laparotomie wegen das Leben bedrohender intraabdomineller Blutung. Ich brauche nicht darauf hinzuweisen, dass Verblutung auch aus relativ kleinen Gefässen erfolgen kann, weil das Blut in der Leibeshöhle nicht gerinnt und das meist nur von Peritoneum bedeckte Gefäss sich nicht ins Gewebe retrahiren kann.

In der voll ausgerüsteten Klinik haben wir, wie ich meine, die Pflicht und das Recht bei Schussverletzungen des Abdomens die diagnostische Laparotomie vorzunehmen und therapeutisch zu verwerthen. Wir werden den verwundeten Darm aufsuchen und sei es nach Resection oder nach Anfrischung der Wundränder durch die Naht schliessen. Es ist das der Standpunkt, der in Deutschland und Amerika die meisten Vertreter hat. Wenn wir ihn theilen, so müssen wir aber mit der Thatsache rechnen, dass nach der 20. Stunde stets schon Peritonitis in ausgedehnterem Maasse eingetreten ist und dass die Prognose von da ab absolut letal ist. Je früher die Operation ausgeführt wird, um so günstiger liegen ja natürlich die Verhältnisse. Ist erst Koth in grösserer Menge ausgetreten oder hat sich durch Bewegungen in der Bauchhöhle ausgebreitet, so sind alle Reinigungsversuche fruchtlos. Die Toilette der Bauchhöhle wird hier, wie Reichel das gezeigt hat, zur Phrase.

Ob wir nun den Leib in der Mittellinie eröffnet haben, was sich in den meisten Fällen empfiehlt, oder ob wir mit der Incision dem Schusskanal folgen, was bei weit seitlicher Lage derselben zu empfehlen ist (König), meist stossen wir bald auf eine der verletzten Stellen. Diese und weitere sind nach Bedeckung der Darmwunde mit einer Compresse sofort in Tücher zu schlagen und zu eventriren. Jetzt erst suche man den übrigen Darm am besten wohl von der Ileocoecalklappe beginnend aufwärts ab. Findet man keinen verwundeten Darm mehr so packt man den gesunden wieder ein (nach Reinigung) schliesst die Bauchhöhle durch eine Serviette und eventuell, bei vordrängenden Därmen und kräftiger Musculatur, noch durch einige Hautnähte, wobei man die verwundeten aussen liegenden Schlingen an enger Stelle austreten lässt, damit bei den nun folgenden Manipulationen an der verletzten Schlinge die Bauchhöhle nicht nachträglich inficirt wird. Die Wunden am Darm, von denen wir stets mehrere erwarten müssen, sind vor der Naht ihrer fetzigen Ränder wegen anzufrischen. Liegen viele Wunden nah bei einander, so wird es zweckmässig erscheinen die ganze Schlinge zu reseciren. Nach Reinigung derselben revidiren wir noch einmal die Bauchhöhle, entfernen grobe Verunreinigungen durch vorsichtiges Tupfen ohne jedoch mit den Schwämmen im Leibe viel herumzufahren. Auch Ausspülungen sichern nicht die Entfernung fein vertheilter Verunreinigungen, breiten sie vielmehr leicht, wie Reichel das gezeigt hat, aus. Namentlich das faltenreiche Netz ist absolut nicht zu desinficiren und ist daher, soweit es verunreinigt erscheint, zu entfernen. Ist ein Theil des Bauchinneren durch Kothaustritte verunreinigt gewesen, so erscheint es mir durchaus unthunlich die Bauchhöhle fest zu schliessen wie König und auch Tillmanns das in seinem Handbuche räth. Es empfiehlt sich hier vielmehr die Därme in der Ausdehnung in der sie als septisch inficirt anzusehen sind, mit Jodoformmarly oder steriler Compresse zu bedecken und über dieser Tamponade die Wundränder mit Silberdraht oder Silbkwormgut einander nach Möglichkeit zu nähern, um Prolaps der Intestina zu verhindern. Seide ist hier weniger gut anwendbar, weil sie sich imbibirt und bald durchschneidet. Eine kleinere Menge septischer Stoffe saugt das Peritoneum nach Wegner so rasch auf, dass keine weitere Schädigung des Gesammtorganismus folgt. Diese grosse Resorptionskraft des Peritoneums wird aber deletär, sobald die septischen Stoffe in grösserer Menge sich stauen. Deswegen leiten wir sie durch die aufsaugende und drainirende Tamponade ab. Die Tamponade können wir nun ganz ruhig bis zum 8. Tage und länger liegen lassen, wenn keine Zeichen von Secretverhaltung (peritoneale Reizung etc.) auf mangelhafte Function der Capillardrainage hinweisen. Der Schluss der Bauchwunde lässt sich nach allmählicher Entfernung des Tampons durch wiederholte Spätnähte und Heftpflaster erzielen. Meist verwächst dann allerdings der anliegende Darm mit der Narbe, doch kann man diese Verhältnisse sehr viel günstiger gestalten, wenn sich die Tamponade früher entfernen lässt.

Sehr ähnlich werden wir auch in der Landpraxis verfahren müssen bei Schnittwunden des Leibes, bei denen grössere Abschnitte der Bauchdecken klaffen, Intestina vorliegen und verletzt sind, während ich die Laparotomie bei Schusswunden in der Landpraxis als nicht indicirt ansehen muss und hier gestützt auf die immerhin erhebliche Zahl spontan verheilter einschlägiger Fälle, namentlich bei ganz unsicherer Diagnose, dem exspectativen Verhalten bei antiseptischer Occlusion der äusseren Wunde den Vorzug geben muss.

Ist die Schnittwunde relativ klein und nur etwa eine Darmschlinge und Netz vorgefallen, so müssen wir den Darm natürlich, nach eventueller Naht, zurückbringen. Nicht so fraglos das Netz. König empfiehlt das Netz zu reseciren, nur wenn es arg zertrümmert und beschmutzt ist. Mir erscheint es aber auch sonst bedenklich das Netz zu reponiren, abgesehen davon, dass das ohne Erweiterung der Wunde manchmal überhaupt nicht möglich ist. König empfiehlt es auch zu desinficiren. Ich wies schon darauf hin, dass dieser Rath beim besten Willen nicht zu befolgen ist. Ist das Netz schon während oder vor dem Transport des Kranken vorgefallen, so ist es auch in Contact mit Kleidern und Oberhaut gekommen und daher inficirt.

Wir werden also erst nach sorgfältigster Desinfection der Hautdecken, was bei offener Bauchwunde nicht so ganz einfach ist, nach Abspülung der eventuell vorgefallenen Intestina mit schwachen antiseptischen Lösungen und nach Reposition des Darmes allein, das Netz entweder als Tampon in der Wunde liegen lassen und hier fixiren, was gewiss besser ist als es zurückzubringen. Da jedoch leicht mehr vorfällt, auch der Prolaps der Därme nicht sicher verhindert wird, empfiehlt es sich das Netz etwas vorzuziehen und das vorgefallene Stück in gekreuzte Massenligaturen zu fassen und abzutragen. Der Stumpf wird reponirt und nun die Bauchwunde wiederum — nicht wie König und Tillmanns das empfehlen genäht — sondern mit lockerer Gaze drainirt. Ich gebe zu,

dass in einer ganzen Reihe von Fällen diese Vorsicht unnütz ist. Es ist das aber gewiss besser, als wenn wir am anderen Tage die verklebte Bauchwunde losreissen müssen, um dem mit Peritonitis drohenden Secret Abfluss zu verschaffen. Namentlich bei Naht des Darms ist diese Vorsicht am Platz. Empfehlen doch eine Reihe von Autoren, so namentlich E. Hahn dieselbe Vorsichtsmaassregel bei jeder Resection.

Wir müssen eben auch hier an dem Grundsatz festhalten, dass jede Wunde, die wir nicht selbst in reinem Gewebe unter aseptischen Cautelen setzen, als septisch anzusehen und demgemäss zu behandeln ist.

Waren wir bei den Schussverletzungen der Landpraxis oft nicht in der Lage in der von der Wissenschaft empfohlenen Art und Weise vorzugehen, namentlich weil uns die zur Darmnaht und Resection nothwendigen Assistentenhände fehlten, so gilt solches nicht für die Schnitt- und Stichverletzungen der letzterwähnten Art. Hier ist es möglich wenigstens die eigenen Hände, die Instrumente zu desinficiren. Ebenso unschwer ist es steriles Verbandmaterial sich durch Kochen etc. herzustellen. Wir müssen also hier vom Landarzt dasselbe verlangen, was wir überhaupt bei Behandlung dieser Verletzungen als Regel aufstellen.

Sind wir schliesslich gezwungen weit von allen Hülfsmitteln in der Bauernhütte oder unter freiem Himmel den Kranken in Behandlung zu nehmen, so geben uns die angeführten Zahlen ein Recht auch dem rein exspectativen Verfahren keine ganz schlechte Prognose zuzusprechen. Hier würden wir etwa mit ausgekochten Tüchern die vorgefallenen Intestina bedecken, um den Kranken transportfähig zu machen, oder, ist nur Netz vorgefallen, oder gar die Diagnose der Verletzung des Peritoneum fraglich, durch Offenlassen der Wunde den Gefahren eventueller Complicationen, einer etwa schon stattgehabten Infection zu begegnen suchen. Wir werden dabei vielleicht manchen Kranken einbüssen, der unter günstigen Bedingungen noch zu retten gewesen wäre. Hierbei brauchen wir uns aber nicht auf das immer etwas missliche «ultra posse nemo obligatur» zu stützen. Denn so lange die Wissenschaft nicht klar und bündig die Indication stellt, so lange noch die Klinik zwei extremen Ansichten ihre Berechtigung zugesteht, hat der Praktiker das Recht, um nicht zu sagen die Pflicht, das minder gefährliche therapeutische Verfahren einzuschlagen, aus dem oft verachteten und bemängelten Grundsatz: nur nicht schaden, der, wohlverstanden, nicht den Muth, wohl aber die Operationslust und die Vielgeschäftigkeit zügeln soll.

Denn den Schwankungen, die die Wissenschaft, im Bestreben die Frage der Behandlung der perforirenden Abdominalverletzungen zu klären, gegenwärtig macht, kann und darf der praktische Arzt nicht folgen. Wohl aber kann er mitarbeiten an der Lösung dieser Frage. Und wenn es mir m. H. gelungen ist Sie dazu anzuregen, Ihre Erfahrungen auf diesem Gebiete den relativ wenig zahlreichen bisher veröffentlichten anzureihen, so dürften kommende Kriege vielleicht mit mehr Sicherheit auch auf diesem anatomischen Gebiet der exspectativen und offenen Behandlung einen nicht blos geduldeten Platz einräumen.

Ich erlaube mir als Beispiel dem Vorstehenden die kurze Schilderung einiger einschlägiger Fälle anzufügen, die ich, resp. meine Assistenten auf der unter meiner Leitung stehenden chirurgischen Abtheilung am hiesigen Bezirkshospital beobachteten und behandelten.

Fall I. Perforirende Schnittwunde des Abdomens mit Verletzung des Darmes. Genesung.

A. A. 17 J. a. wurde in der Nacht vom 12. auf den 13. Juli 1892 beim Diebstahl ertappt und erhielt dabei mit einem Messer einen Stich in die Seite. Er sprang zwei Stock hoch aus dem Fenster, wurde dann von der Polizei ohnmächtig gefunden und in das Kreishospital gebracht.

Status: Junger kräftiger Mann, gut genährt aber blass. Die Züge eingefallen die Haut mit kaltem Schweiss bedeckt. In der linken Seite findet sich in der Flucht der mittleren Axillarlinie eine von der Spitze der 11. Rippe beginnende nach unten vorne bis zur Höhe der Spina anterior sup. verlaufende und diese um 2 Cm überschreitende, 10 Cm. lange klaffende Wunde. Die Ränder derselben scharf geschnitten. Aus der Wunde sind mehrere Dünndarm-, eine Dickdarmschlinge und ein Stück Netz vorgefallen.

Operation: Die Wunde wird nach unten vorne verlängert. Es finden sich reichliche Blutgerinnsel in der Bauchhöhle, welche entfernt werden. Die vorgefallenen Darmschlingen werden mit gekochter Sodalösung gewaschen und mit Sublimatcompressen abgewischt. Der vorgefallene Theil des Netzes wird nach Unterbindung mit dem Paquelin abgetragen. Reposition der Eingeweide. Dabei finden sich an einer erst nach der Incision prolabirten Dickdarmschlinge 2 lineäre perforirende Schnitte von 2 resp. 1½ Cm. Länge, schräg zur Längsachse des Darmes. Aus ihnen sind geringe Mengen Koth ausgetreten und kleben an der Serosa des Darmes. Darmnaht nach Lembert-Czerny. Desinfection, Reposition. Die Bauchwunde durch 8 tiefe, das Peritoneum mitfassende und 10 oberflächliche Nähte geschlossen.

Opium. Eis. — Abends starke Schmerzen. Puls 132. Sensorium nicht frei. Den 14. stat. idem Puls 110. Auftreibung und Druckempfindlichkeit des Leibes namentlich links, — T. 37,6. 15. 4 Nähte werden entfernt, es entleert sich etwas stinkende trübe Flüssigkeit. Vorsichtige Irrigation, Marly-Drainage. —. Jetzt sinkt der Puls am 16. und 17. bis auf 70. Am 19. wird noch eine Spannnaht entfernt. Der vorliegende Dickdarm eitrig belegt. Da Prolaps zu fürchten wird über lockerer drainirender Tamponade eine Silberdrahtsutur angelegt. Stuhl reichlich. Tamponade wird am 22. da der Puls wieder 100 erreicht, gewechselt. Täglich Stuhl. Leib weich, schmerzlos. Am 25. Entfernung aller Nähte, die gut granulirende Wunde mit Heftpflaster zusammengezogen. Am 7. September mit verheilter Wunde entlassen. Die Narbe wölbt sich beim Husten nur mässig vor.

Nach 6 Wochen stellt Pat. sich wieder vor. Die Narbe ist breiter geworden, wölbt sich jedoch nicht vor. Eine Ligatur stösst sich aus.

II. Perforirende Stichwunde des Abdomens mit Netzvorfall. Genesung.

J. P. 25 J. a. giebt an, am 22. März 1892 Abends 8 Uhr bei einer Schlägerei Messerstiche in den Arm und einen in den Leib erhalten zu haben. Die Wunde ist nach Desinfection (Seife, Alkohol, Sublimat) sondirt worden.

Status: 9 Uhr Abends. Am rechten Arm über dem Sulcus bicipitalis 1½ Cm. lange Wunde. Brachialis unverletzt. Am linken eine ähnliche über dem Bauch des Biceps.

2 Querfinger über dem Nabel, 2 Querfinger von der Mittellinie eine 2 Cm. lange etwas schräg gestellte Wunde aus der Netz in etwa kindsfaustgrossem Klumpen vorgefallen ist. In Chloroformnarkose Erweiterung der Wunde. Gekreuzte Massenligatur des vorgefallenen Netzes. Abtragung über derselben mittelst Paquelin. Reposition. Revision der anliegenden Därme die unverletzt erscheinen. Naht der Bauchwunde mittelst 4 tiefer und mehrerer oberflächlicher Nähte. Jodoform, Trockenverband. Tinct. opii 2 stdl. 10 Tropfen.

23. März. Abdomen schmerzhaft, Puls 94, etwas dikrot. Respiration beschleunigt, schmerzhaft. Galliges Erbrechen. T. 37,8.

24. März. Zunge etwas belegt, Puls 104. Resp. 28 Temp. 37,9 (Abend) Abdomen etwas aufgetrieben. Magengrube, Nabelgegend und linke Unterbauchgegend schmerzhaft bei Palpation. Die Umgebung der Wunde sehr empfindlich, geschwollen. Entfernung der Nähte, die schon etwas verklebte Wunde wird geöffnet. Diese und die zunächstliegenden Darmschlingen mit eitrigem Belage bedeckt. Jodoformtamponade. Sublimatgazeverband.

25. Puls 92. Resp. 38. T. 37,5. Zunge feucht, besser, sonst status idem.

26. T. Morgens 36,9. Abends 37,4. Puls 84. Resp. 22.

27. T. Morgens 36,9. Abends 37,4. Puls 70. Schmerzen lassen allmählich nach.

29. Abdomen weich, schmerzlos. Zunge rein. Stuhl. Puls 64. Resp. 20. Temp. normal.

4. April wird die Wunde, die gut granulirt, mit Heftpflaster zusammengezogen.

Rasche Heilung. Kein Anprall beim Husten.

11. Geheilt entlassen.

III. Vulnus perfor. Abdom. (Lepra) Genesung.

J. M. 24. a. n. erhielt am 21. September 1892 in einem Streit mit einem Federmesser einen Stich in die Seite, wobei er fühlte, dass das Messer bis zur Faust des Gegners eindrang. Es entleerte sich aus der Wunde viel Blut, so dass das Hemd mit Blut getränkt wurde.

Status 22. Sept. Grosser kräftiger Mann. Geringe Facies leonica. Rücken, Brust und Extremitäten bedeckt mit Leprakonten.

In der linken Axillarlinie im IX. JCR. eine ca. 1,5 Cm. lange den Rippen parallel gestellte lineäre Wunde mit scharfen Rändern. Das linke Hypochondrium ist etwas vorgewölbt, Abdomen mässig gespannt. Zwerchfell IV. JCR. Linke Seitengegend gedämpft. Abdomen gespannt. überall namentlich links hochgradig empfindlich, Temp. 38,6. Puls dikrot 120, Zunge belegt und trocken (Peritonitis).

Narkose 9 Uhr Abends. Schnitt von der Höhe der 11. Rippe 20 Cm. abwärts von oben lateral nach unten medial, parallel d. Lig. Poupartii. Aus der geöffneten Bauchhöhle ergiesst sich reichlich flüssiges schwarzes Blut mit Fibringerinnseln. Resection eines Theiles der 11. Rippe. Da die Blutung zu stehen scheint, lockere Drainage-Tamponade mittelst Jodoformgaze, darüber einige Silberdrahtsuturen. Grosser Verband.

23. Temp. 38,3 Puls 100. Secret durchgetreten. Verbandwechsel.

24. Abdomen weicher. weniger empfindlich. Unter Abfall der Temp. und Sinken der Pulsfrequenz rasche Besserung. Wechsel der Tamponade. Im Verlauf durch einen Besucher mit Erysipelas faciei inficirt.

Am 26. October geheilt entlassen.

IV. Schussverletzung des Abdomen. Genesung.

J. L. 20 a. n. giebt an den 23. Juni Abends aus einer Entfernung von ca. 25 Schritt von einer 6 Mm. Revolverkugel in den Leib getroffen zu sein.

Status den 24. Juni Abends 8 Uhr: kräftig gebauter gut genährter Mann. Puls 128 T. 37,2. In der rechten Mamillarlinie 4 Querfinger unter dem Rippenbogen eine dreieckig gerissene von hyperaemischem Hof umgebene, im Durchmesser ca. 6 Mm. messende Einschussöffnung. mit unterminirten Rändern.

Abdomen leicht aufgetrieben. überall tympanitisch. Berührung sehr schmerzhaft, namentlich links neben dem Nabel. Leberdämpfung nicht nachweisbar. Lungenstand etwas höher als normal.

Bad, äussere Desinfection. Jodoform-Sublimatgaze Verband. 2stündl. 10 Tropfen T-ra Opii.

Temperatur steigt bis 38,8 (den 29.) Puls 96—100.

Am 30. reichlicher Stuhl.

Den 3. Juli. Temp. 39,3. Puls jedoch 72. Von da ab Abfall der Temp. Abdomen wird weicher, wenn auch noch hie und da schmerzhaft.

Am 22. Juli d. h. nach 4 Wochen geheilt entlassen.

Referate.

E. Landolt: Der gegenwärtige Stand der Staroperation. (Beiträge zur Augenheilkunde. Heft IV und V).

Trotz der langen Zeit, seit welcher die Staroperation geübt wird und trotz der Häufigkeit ihrer Ausführung bestehen doch noch jetzt über die Einzelheiten der Indication und der Technik lebhafte Widersprüche, die sich sogar in letzter Zeit noch gesteigert haben, seit von einigen hervorragenden Augenärzten die Starextraction ohne Iridectomie als die allein richtige vertheidigt wird. Zur Lösung dieser Widersprüche hat L. den Weg der Sammelforschung gewählt; aus den ihm auf seine Anfrage zugesandten Antworten und aus zahlreichen früher veröffentlichten Berichten hat er die Meinungen einer grossen Reihe von Fachgenossen zusammengestellt, von denen viele bisher weder in Berichten noch in Debatten der Congresse ihre Ansicht haben laut werden lassen. Obgleich natürlich nicht alle befragt werden konnten, so kann man doch wohl mit Recht diese Zusammenstellung. die nach Möglichkeit alle Anschauungen wiedergiebt, als das gegenwärtige, wenn auch nicht einheitliche und gleichlautende Urtheil der Fachgenossen über die Staroperation ansehen und als solches hat es auch für weitere Kreise Interesse. Daher sei ein eingehenderes Referat über diese Arbeit hier gegeben.

L. beschränkt sich auf die Operation des Altersstars durch Extraction. Die Meinungsverschiedenheiten über die Art der Ausführung bei gleich competenten Beurtheilern führt er auf mehrere Ursachen zurück: den Mangel der Klarheit in der Definition der Reife des Stars, das Temperament des Patienten, die Persönlichkeit des Operateurs u. s. w. Aber trotz aller berechtigten Verschiedenheiten, kann man doch Grenzen ziehen. aus denen der Operateur nicht weichen soll. und in gewissen Punkten fast allgemeine Uebereinstimmung finden. Letzteres z. B. für die Operirbarkeit des Altersstarn wenn er reif (ganz getrübt) ist: ist er noch unreif, so haltes Manche die Operation schon für erlaubt. wenn $^1/_3$ der Linse getrübt, oder nur auf 0,3 resp. 3 Meter Finger gezählt werden. Andere wenn der Patient 50—60 Jahre alt ist; richtiger ist wohl Alf. Graefe's Meinung, dass unreife (d. h nicht vollständig durchsichtige) Stare dann gefahrlos extrahirt werden können, wenn sie sehr langsam reifen (meist gelbbraune Kerntrübungen, schalige Trübungen der Corticalis etc.) Bei anderen Starformen ist, wenn das Interesse des Kranken die baldige Operation erfordert, die künstliche Reifung nothwendig. Diese geschieht durch Massage des Auges nach Iridectomie resp. Punction der vorderen Kammer oder durch Discission der vorderen Linsenkapsel eventuell mit Massage.

Fast alle Operateure gebrauchen das Graefe'sche Starmesser und führen den Schnitt, der etwas grösser als der Star sein muss, im Limbus der Cornea und zwar meist im oberen Theil; wenige im unteren, ihre zahlreichen Operationen beweisen aber. dass diese Schnittanlage. bei der die ganze Operation leichter ausführbar ist, keine schlechteren Resultate giebt. Der eben viel umstrittene Punkt ist die Iridectomie. Obgleich nun in letzter Zeit fast nur Stimmen laut geworden sind, welche die Staroperation ohne Iridectomie als das Normalverfahren angesehen wissen wollen, hat die Anfrage das interessante Resultat ergeben, dass die weitaus grösste Zahl der Augenärzte für gewöhnlich mit Iridectomie operirte, insbesondere in allen schwierigen und complicirten oder unsicheren Fällen, während sie die Starextraction ohne Iridectomie nur ausnahmsweise in den geeigneten Fällen (reifer Star, reizloses Auge, ruhiger Patient etc.) machen. Letztere hat den Vorzug der rascheren Ausführung und des schönen cosmetischen Resultats. die sonst gerühmten Vorzüge sind nicht anzuerkennen, ebensowenig wie die der Extraction mit Iridectomie falscher Weise gemachten Vorwürfe: grösseres Trauma, Hässlichkeit, Blendung, schlechteres Sehresultat. Dagegen besteht bei der Extraction ohne Iridectomie in viel höherem Grade die Gefahr des Vorfalls und der Einklemmung der Iris mit allen schädlichen Folgen (Iridocyclitis, spätere Infection) und die Reinigung des Pupillargebietes von den Corticalmassen ist eine viel schwierigere, weshalb leichter Iritis durch nachbleibende Reste entstehen kann. Somit giebt die Extraction mit Iridectomie grössere Sicherheit für den Erfolg, als die ohne; die grösste Sicherheit für den Erfolg bietet aber, nach allgemeiner Uebereinstimmung. eine der Extraction etwa sechs Wochen vorausgehende vorbereitende Iridectomie, welche bei unreifen Staren in Verbindung mit Massage der Cornea auch das Reifen befördert. — Die periphere Kapseleröffnung ist jetzt fast ganz verlassen, da sie stets Nachoperationen erfordert; ebenso hat das Verfahren, gleich während des Cornealschnittes die Kapsel mit dem Starmesser zu durchschneiden, wenig Anhänger: fast allgemein dagegen ist die horizontale, verticale oder dreieckförmige Zerreissung der Kapsel mit der Fliete, worauf noch die Entfernung eines Stückes der Kapsel mit der gezähnten Pincette folgen kann. Letztere wird auch allein oft mit gutem Erfolg angewandt, wo die Kapsel nicht zu starr ist, und bisweilen gelingt es an der verdickten Kapsel den ganzen Star herauszuziehen. — Die Pagenstecher'sche Extraction in der Kapsel vermittelst der Schlinge hat nur in ganz geeigneten Fällen in Anwendung zu kommen. — Sehr wichtig ist die sorgfältige Reinigung der Pupille von Corticalmassen, wozu sich ausser der Massage mit den Augenlidern das angesammelte Kammerwasser am besten verwenden lässt, während den Ausspülungen der Kammer. selbst mit nicht reizenden Substanzen, doch ernste Bedenken entgegenstehen. —

Die Nachoperationen nach der Extraction sind ausser Iridectomie und Iridotomie, die bei Pupillarverschluss am Platz sind, die Extraction und besonders die Discission des Nachstars. Sie werden um so häufiger nothwendig, je peripherer die Kapseleröffnung, je unreifer die Corticalmassen gewesen und je weniger sorgfältig die letzteren entfernt werden bei der Operation. Die hauptsächlich geübte Discission wird von Vielen mit Recht mehr gefürchtet, als die Staroperation selbst, da sie wohl in Folge der stets dabei stattfindenden Glaskörperverwundung öfter Infection und Verluste giebt.

Ausgeführt wird sie am besten mit dem Knapp'schen Messerchen oder zwei Nadeln resp. zwei Häkchen. Jede Zerrung des Ciliarkörpers ist sorgfältig zu vermeiden. Findet sich nach der Operation ein Glaskörperfaden, der bis in die Wunde der Cornea zieht. so ist er mit dem Galvanokauter abzubrennen.

Die Versuche, das operirte Auge nach der Extraction des Stares ohne Verband zu lassen, werden natürlich allgemein verurtheilt. Die Art des Verbandes ist eine recht verschiedene. doch erreicht wohl jede ihren Zweck: das Auge zu schützen und in Ruhe zu stellen. Da letzteres bei ambulatorischem Operiren nicht möglich ist, so ist dasselbe trotz Empfehlung einzelner Aerzte durchaus zu verwerfen.

Die gegenüber den früheren wesentlich günstigeren Operationsresultate des letzten Jahrzehntes sind zum grossen Theil der allgemein als nothwendig anerkannten Asepsis und Antisepsis zuzuschreiben. Vor Allem muss jeder Gegenstand, der mit dem Auge in Berührung kommt, sorgfältig aseptisch gemacht sein: die Hände des Operateurs durch Waschen mit Seife, Eintauchen in Alkohol und dann in eine antiseptische Lösung; die Verbandgegenstände und Collyrien durch Sterilisirung im Apparat; die Instrumente durch Einlegen in kochendes Wasser oder besser in antiseptische Lösung, als welche neuerdings besonders empfohlen ist einfaches Cyanquecksilber 1 : 100—200 zehn Minuten lang. dann 1 : 1500 bis zur Operation. Die Asepsis des Operationsfeldes ist wegen der Secretion seitens der Conjunctiva und der Verbindung zwischen Nasenhöhle

und Conjunctivalsack besonders aber bei Thränensackeiterungen nicht mit Sicherheit zu erreichen, aber stets anzustreben. Sie wird am besten erreicht durch wiederholte sorgfältige Auswaschungen des Conjunctivalsackes mit schwachen antiseptischen Lösungen: Sublimat 1:5000, Quecksilberbijodür 1:20000, Cyanquecksilber 1:1500; stärkere Lösungen reizen, verstärken die Secretion und erhöhen die Infectionsgefahr. Die Wirkung der Auswaschung ist eine chemische und mechanische. Besondere Berücksichtigung verdienen die Thränenwege, die mit einer der obigen Lösungen auszuspritzen, bei Eiterung vorher sorgfältig zu behandeln sind. Einige Aerzte pulvern den inneren Augenwinkel nach der Operation stets voll Jodoform, andere veröden die Thränenkanälchen mit dem Galvanokauter oder durch Anfrischung und Vernähung.

Schliesslich ist die allgemeine Sauberkeit und die sorgfältige Auswahl der Wärter und Wärterinnen von grösster Bedeutung.

Bei genauer Beachtung aller dieser neueren Erfahrungen bei der Staroperation sind die Gefahren derselben bedeutend geringer als früher; die richtige Beurtheilung der Starform, die passende Wahl der Operationsmethode und die persönliche Geschicklichkeit werden aber stets die Erfolge des einzelnen Arztes beeinflussen. Schroeder.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

C. Gordon Brodie: Dissections illustrated. A graphic handbook for students of human anatomy. With plates drawn and lithographed by Percy Highley. Part I. London and New-York, Whittaker et Co. 1892.

Wenn in England ein neues anatomisches Bilderwerk erscheint, erwartet man eine vollendete Leistung; ist doch die englische Literatur gerade auf diesem Gebiete überreich an altberühmten Monumentalwerken. Die uns vorliegende erste Abtheilung des oben genannten anatomischen Atlas braucht keinen Vergleich mit andern ähnlichen Ausgaben zu scheuen. Sie enthält auf 17 chromolithographischen Tafeln, die P. Highley nach von Brodie angefertigten Präparaten hergestellt hat, verschiedene Ansichten der oberen Extremität in ²/₃ der natürlichen Grösse. Die dargestellten Musterpräparate sollen nach Brodie's einleitenden Worten den Studenten bei Sectionsübungen als Vorlage dienen und ihm später die Erinnerung an seine eigenen praktischen Arbeiten auffrischen helfen. Ref. glaubt, dass das Werk eben solchen Nutzen allen Aerzten bringen wird, die sich zu praktischen Zwecken kürzer und anschaulicher als nach Beschreibungen über anatomische Fragen orientiren wollen. Bei etwas grösserer Berücksichtigung der Oberflächenanatomie und der Fascien würde ein ausgezeichneter Atlas der topographischen Anatomie entstanden sein; doch lag ja die Herstellung eines solchen nicht in der Absicht des Verfassers. Die Präparate Brodie's sind dadurch mustergiltig, dass sie mit grösster Deutlichkeit alle Gebilde (Muskeln, Gefässe, Nerven) zeigen, ohne sie aus ihrem natürlichen Zusammenhang zu lösen. Die Zeichnungen sind künstlerisch und durchaus naturgetreu gemacht und lassen durch Colorirung (Muskeln röthlich, Arterien roth, Venen blau, Nerven weiss) Alles plastisch hervortreten. Wo dem Zeichner ein kleiner lapsus calami passirt ist, wird in dem kurzen begleitenden Text darauf hingewiesen. Die Verlagshandlung hat bezüglich der Ausstattung Alles gethan, um auch den strengsten Anforderungen zu genügen. Fügen wir noch hinzu, dass der Preis des Werkes ein im Verhältniss zum Gebotenen geringer ist (für den ersten Theil ca. 4¹/₂ Rbl.), so dürfen wir wohl die Erwartung aussprechen, dass das schöne Unternehmen grossen Erfolg haben wird. Es ist nur zu wünschen, dass die Ausgabe der übrigen 3 Theile nicht lange auf sich warten lässt. Wanach.

A. Strümpell: Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. Siebente Auflage; I Band, II Band II Theil. Leipzig F. C. W. Vogel 1892.

Es ist bekanntlich nur wenigen Werken beschieden, sich einer so allgemeinen Beliebtheit und Verbreitung zu erfreuen, wie dem soeben zum 7. Male in 9 Jahren erschienenen Lehrbuche Strümpell's. Fast als Luxus möchte es erscheinen, wollten wir dasselbe an dieser Stelle noch einmal eingehender besprechen, aber wir möchten nicht unterlassen auf einige Vorzüge der neuen Auflage aufmerksam zu machen. Sie stellt eine sorgfältige und erweiterte Umarbeitung der letzten Ausgabe vor; es sind nur wenige Capitel unverändert geblieben. Die Influenza, die Weil'sche Krankheit, die Behandlung der Lungentuberculose, die Diagnostik der Magenkrankheiten u. v. a. haben eine ausführliche und würdige Behandlung erfahren und allenthalben ist Verf. bemüht gewesen das erprobte und feststehende an geeigneter Stelle einzufügen, sodass das Werk ein treues Spiegelbild unseres heutigen Wissens darstellt. Nach bisherigem Grundsatz ist auch in der neuen Auflage das Hauptgewicht auf eine «Beleuchtung der Entstehung und des Zusammenhanges der einzelnen Krankheitserscheinungen» gelegt worden. Was den äusseren Theil des Werkes betrifft, so ist einem fühlbaren Bedürfnisse durch Beifügung eines Inhaltsverzeichnisses zum I Bande Abhilfe gethan worden, sodass nunmehr jeder Band einen selbstständigen Index besitzt. Im Uebrigen ist das Werk prächtig ausgestattet und lässt nichts zu wünschen übrig. Eine besondere Besprechung des schönsten Bandes des Lehrbuches über «Krankheiten des Nervensystems» behalten wir uns für eine der nächsten Nummern vor. Kallmeyer.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 24. November 1892.

1. Herr Lunin stellt eine Patientin mit Skleroma laryngis vor:

Pat. ist 12 Jahre alt, sie stammt aus dem Moskauschen Gouvernement und lebt seit 2 Jahren in Petersburg. Krank fühlt sich Patientin erst seit einem Jahr. Anfangs wurde die Stimme heiser, dann stellte sich Athemnoth ein, die besonders Nachts sich bis zu leichten Erstickungsanfällen steigerte. Ein Erstickungsanfall war so stark, dass Pat. ganz cyanotisch wurde und noch in der Nacht von den Eltern in ein Hospital transportirt wurde. Dort liess man die Pat. inhaliren und der Anfall verging. Pat. hatte sich mit ihrem Leiden in verschiedene Hospitäler gewandt. Man verordnete ihr Inhalationen, der Kehlkopf wurde ihr gepinselt, doch fühlte Pat. davon keine Erleichterung. Vor etwa 2 Monaten kam sie in die Ambulanz des Elisabeth Kinder-Hospitals und dort fand Vortr. bei der ersten Besichtigung folgenden Status:

Die Stimme vollkommen heiser; während der Inspiration leichtes Stenosengeräusch hörbar. Der Pharynx, die Epiglottis und die Taschenbänder normal. Statt der Stimmritze sieht man einen schmalen lanzettförmigen Spalt, dessen Ränder von angetrockneten Borken, von bräunlich gelber Farbe, gebildet werden.

Nachdem die Borken durch Inhalationen von Sodalösung entfernt waren, sah man unter den Stimmbändern geschwulstartige Wülste hervortreten, die am vorderen Winkel der Stimmritze beginnen, sich darauf nach hinten auf die hintere Wand des Kehlkopfes ausdehnen und hier auf einander zusammenstossen. Diese Wülste überragen nach innen die Stimmbänder und gehen allmählig in den freien Rand derselben über. Die Schleimhaut auf diesen Schwellungen ist mit grauweissem Schleim bedeckt, zeigt aber nirgends ein Geschwür. Vortragender hält diesen Fall für ein «Skleroma laryngis» und giebt einen kurzen Ueberblick über die Lehre von Sklerom der Schleimhäute.

Behandelt wurde Patientin mit den O'Dwyer'schen Tuben. Anfangs wurden ganz kleine eingeführt, dann immer grössere und zuletzt eine Tube, die eigentlich für Erwachsene bestimmt ist. Unter dem Druck der Tuben begannen diese Schwellungen sich zu verkleinern und sind jetzt zum grössten Theil geschwunden; nur unterhalb der proc. vocalès sieht man beiderseits noch Ueberreste dieser Schwellungen. Tiefer im Kehlkopf und im Anfangstheil der Trachea sieht man gleichfalls Borkenbildung und Vortragender spricht die Vermuthung aus, der Process könne sich auf die Trachea ausdehnen.

In Anbetracht dessen, dass das Sklerom in Petersburg so überaus selten vorkommt und ferner, dass diese Krankheit so sehr langsam verläuft, glaubt Vortragender annehmen zu dürfen, Pat. sei in der Heimath erkrankt und hier erst habe das Uebel solch einen Grad erreicht, dass es zu merkbaren Störungen kam.

Nach dem Vortrage wird Pat. laryngoskopirt und von Herrn Lunin intubirt. Der laryngoskopische Befund wird auch durch Abbildungen erläutert.

2. Herr Peters hält einen zum Druck bestimmten Vortrag «über die elektrolytische Behandlung der Angiome» und stellt zwei so behandelte Fälle vor:

1. Kind 7 Monate alt; prominentes Angiom hinter dem rechten Ohr; nach 5 maliger Elektrolyse ist dasselbe ganz flach geworden.

2. Kind 2 Jahre und 3 Monate alt; pflaumengrosses prominentes Angiom der linken Wange, nach 6 monatlicher Behandlung bis auf unmerkliche Spuren ganz geschwunden.

Die ursprünglichen Dimensionen der betr. Angiome werden durch Gypsabgüsse illustrirt.

Herr Hagen-Torn glaubt der Elektrolyse einen gewissen Werth für die Diagnose beimessen zu dürfen in den Fällen, wo ein Angiom scheinbar unmerklich in ein Sarkom übergeht. Er erwähnt besonders der Fälle von ulcerirendem Angiom (Angiosarkom?) des Rückens.

Herr Peters hat oberflächliche Ulceration von Angiomen an solchen Körperstellen, die benetzt werden, und in Hautfalten gesehen.

Herr Anders erinnert sich eines solchen Falles von ulcerirendem Angiom des Rückens, wie Hagen-Torn sie erwähnt. Es wäre zu wünschen, dass man auch inoperable Fälle elektrolytisch angreifen könnte.

Herr Peters hält einen Versuch an inoperablen Fällen mit Benutzung entsprechend stärkerer Ströme für angezeigt, da selbst Aortenaneurysmen erfolgreich mit der Elektrolyse behandelt worden sind.

3. Herr Hagen-Torn spricht «über die Wirkung des Choleragiftes auf den Organismus».

(Der Vortrag ist zum Druck bestimmt).

In Bezug auf die subcutanen Wasserinjectionen ergiebt die Discussion einen Widerspruch zwischen den Erfahrungen des Vortr. und denjenigen der Herren Kernig und Siem; während Ersterer fand, dass die Resorption des injicirten Wassers nur langsam, mit Hilfe von Massage der sich im subcutanen Gewebe bildenden Beule, von statten ging, sahen die beiden Letzteren bei Benutzung der Spritze sowohl wie des Irrigators meist rapide Aufsaugung grosser Quantitäten (½—1 Liter) ohne Nachhilfe durch Massage. Secretair E. Blessig.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Simmonds (Prosector am Hamburger-Krankenhause) suchte die Frage zu lösen, ob Fliegen das Choleragift übertragen können. Zuerst setzte er 9 Fliegen auf einen frischen Choleradarm, that dann jede für sich in eine weite Flasche, wo sie sich frei bewegen konnte. Nach verschiedenen Zeitabschnitten (von 5—45 Minuten) übertrug er dann je eine Fliege in ein Röhrchen mit geschmolzener Gelatine, schüttelte gut um und goss Platten aus. Nach 48 Stunden waren auf den ersten 6 Platten unzählige Kommabacillencolonien gewachsen, auf der 7. 1000, auf der achten 32, auf der 9. wieder zahllose Heerde. Bei einem 2. Versuche setzte Simmonds 6 Fliegen unter eine Glocke, auf deren Boden ein Choleradarm ausgebreitet war, darauf brachte er sämmtliche Fliegen in einen grossen Kochkolben, wo sie 1½ Stunden durcheinder liefen und flogen, schliesslich übertrug er jede einzelne in Gelatinröhrchen; auf jeder Platte wuchsen unzählige Kolonien von Cholerabacillen aus. Aus diesen Versuchen schliesst Simmonds, dass lebende Cholerakeime an fliegenden Insecten sich erhalten können, weshalb eine Verschleppung auf grössere Entfernung stattfinden kann. Es ist demnach zu empfehlen, alle mit Choleradejectionen beschmutzte Gegenstände bis zur Desinfection sorgfältig gedeckt zu halten und an inficirten Orten auf's peinlichste zu sorgen, dass Fliegen feuchte und flüssige Speisen nicht berühren können.

(Deutsche medic. Wochenschr. Nr. 41).

Vermischtes.

— Zum Nachfolger des verstorbenen Prof. emer. Dr. Manssurow auf dem Lehrstuhl für Hautkrankheiten und Syphilis an der Moskauer Universität ist der bisherige ausseretatmässige ausserordentliche Professor und Oberarzt des Mjassnizkischen Krankenhauses in Moskau, Dr. A. J. Pospjelow, ernannt worden, unter Belassung im Amt des Oberarztes des genannten Krankenhauses.

— Verstorben: 1) Am 14. December in Peterhof der älteste der noch lebenden ehemaligen Jünger der Dorpater Universität und wohl auch der älteste Arzt Russlands, Stabsarzt wirkl. Staatsrath Dr. Alexander Avenarius, im fast vollendeten 94. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war am 19. December 1798 in St. Petersburg geboren und bezog im Jahre 1816 die Dorpater Universität, um Medicin zu studiren. Seine ärztliche Thätigkeit begann A. als Ordinator am Obuchowhospital in St. Petersburg und war dann successive Arzt beim Grossfürsten Constantin Pawlowitsch in Strelna, Hofarzt in Peterhof, Oberarzt am städtischen Kalinkin-Hospital in St. Petersburg, zugleich auch Mitglied des Curatoriums des Alexander-Marien-Instituts in Warschau. Im Jahre 1885 wurde Dr. Avenarius unter Zuzählung zur Eigenen Kanzelei Sr. Majestät für die Anstalten der Kaiserin Maria verabschiedet und lebte, bis in sein hohes Alter sich körperlicher und geistiger Frische erfreuend, seit dieser Zeit in St. Petersburg und zuletzt in Peterhof. 2) Am 24. November in Jalta Dr. A. O. Ssabsowitsch im 31. Lebensjahre. 3) Der in der Reserve der Militär-Medicinalverwaltung stehende Arzt W. Ssojagin. 4) In Tiflis der dortige Arzt Antonianz.

— Die als Vertreter der Berliner Universität in Padua anwesenden Professoren von Helmholtz und Förster aus Berlin wurden unter dem lebhaftesten Jubel des Professorencollegiums und der Studentenschaft von dem italienischen Unterrichtsminister Martini mit dem Ehrenlorbeer bekränzt und zu Ehrenmitgliedern der Universität Padua ernannt.

— Wie verlautet, sollen die sechs grossen medicinischen Gesellschaften Londons unter dem Namen einer «Königlichen Academie der Medicin» in eine einzige vereinigt werden. (A. m. C.-Ztg.).

— In Berlin wird vom 1. Januar an eine neue Zeitschrift unter dem Titel «Medicinische Reform» erscheinen, welche speciell den ärztlichen Standesfragen gewidmet sein wird.

— Der Professor der militär-medicinischen Akademie Dr. Jul. Tschudnowski ist von der Redaction der hierselbst erscheinenden «Botkin'schen Hospital-Zeitung» zurückgetreten.

— Dem bekannten russischen Bakteriologen, Prof. J. Metschnikow, ist von dem Präsidenten der französischen Republik das Officierskreuz der Ehrenlegion verliehen worden.

— Die Moskauer Abtheilung der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit und die Gesellschaft der Naturforscher und Aerzte in Tomsk haben Louis Pasteur anlässlich seines 70. Geburtstages zu ihrem Ehrenmitgliede gewählt. Die letztgenannte Gesellschaft, sowie die Odessaer Gesellschaft der Aerzte und die Odessaaer Naturforscher-Gesellschaft veranstaltete Pasteur zu Ehren an diesem Tage Festsitzungen.

— Wie die «Russkaja Shisn» erfährt, hat der Minister der Volksaufklärung alle Studenten der Universität Tomsk, welche an der Bekämpfung der Choleraepidemie theilgenommen haben, von der obligatorischen Zahlung zum Besten der Universität und der Professoren für die ganze Zeit bis zur Absolvirung des Cursus befreit.

— Die Stadtduma von Cherson hat das Stadtamt beauftragt, den Doctoren Silberstein, Popper und Ssotnitschewski für die unentgeltliche Leitung der städtischen Cholerabaracken den Dank seitens der Stadt zu übermitteln und den acht Aerzten, welche unentgeltlich in den Cholerabaracken thätig gewesen sind, Jetons zu überreichen.

— Nach dem Jahresbericht der Dorpater Universität für das Jahr 1892 betrug die Zahl der Studirenden und Pharmaceuten zum 1. December dieses Jahres 1620, von denen der grösste Theil, nämlich 854, der medicinischen Facultät angehört; es folgen dann die theologische Facultät mit 239, die physiko-mathematische mit 179, die juristische mit 126 die historisch-philologische mit 71 Studenten, wozu noch 151 Pharmaceuten kommen. Freie Zuhörer giebt es 9. Gegen den 1. December 1891 hat sich die Zahl der Studirenden und Pharmaceuten um 15 vermindert.

Zum Lehrpersonal der Universität gehören gegenwärtig 81 Personen, und zwar: 1 Professor der orthodoxen Theologie, 37 ordentliche und 10 ausserordentliche Professoren, 13 Docenten, 1 stellv. Docent der Baukunst, 1 gelehrter Apotheker, 1 Observator, 2 Prosectoren, 8 Privatdocenten, 3 Lectoren, 2 Lehrer der Künste, 1 Lehrer der zahnärztlichen Technik (ausseretatmässig) und 1 römisch-kathol. Religionslehrer. Im Verwaltungswesen der Universität sind 51 Beamte angestellt.

In der medicinischen Facultät sind sämmtliche Lehrstühle besetzt, nachdem an Stelle des Prof. Unverricht, welcher nach Magdeburg übersiedelte, Dr. Stepan Wassiljew zum ord. Professor der speciellen Pathologie und Therapie ernannt worden ist.

Betreffs der wissenschaftlichen Institute der medicinischen Facultät ist folgendes hervorzuheben:

Die Zahl der in den klinischen Anstalten vom 1. Dec. 1891 bis 1. Dec. 1892 theils stationär, theils poliklinisch behandelten Kranken betrug 15,425, und zwar: in der medicinischen Klinik 5570, in der chirurgischen 3224, in der ophthalmologischen 3312, in der Frauenklinik 1970, in der psychiatrischen Klinik 571, in der Universitäts-Abtheilung des Bezirks-Hospitals 256, in der Abtheilung der chirurg. Klinik für Zahnkrankheiten 522. — Im pathologischen Institut wurden vom 1. Dec. 1891 bis 1. Dec. d. J. 93 Leichen obducirt und im gerichtsärztlichen Institut 157 Sectionen ausgeführt.

Betreffs der Robert Heimbürger'schen Stiftung wird zur Kenntniss gebracht, dass das Conseil der Universität das Reisestipendium im Betrage von 1024 Rbl. in diesem Jahre dem Privatdocenten der Physiologie Dr. Friedrich Krüger und die volle Prämie für wissenschaftliche Werke im Betrage von 512 Rbl. dem Pastor Dr. A. Bielenstein (in Kurland) für sein Werk «Die Grenzen des lettischen Volksstammes und der lettischen Sprache in der Gegenwart und im 13. Jahrhundert» (St. Petersburg 1892) zuerkannt hat.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 5. Januar 1893.

Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 11. Januar 1893.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 1. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1892.

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Archiw psichiatrii, neirologii i ssudebnoj psichopatologii. (Archiv für Psychiatrie, Neurologie u. gerichtliche Psychopathologie).
Bolnitschnaja gaseta Botkina. (Botkin's Hospitalzeitung).
Chirurgitcheskij westnik. Chirurgische Zeitschrift).
Medizina. (Medicin).
Medizinskoje obosrenje. (Medicinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku. (Medicinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Meshdunarodnaja klinika. (Internationale Klinik).
Praktitscheskaja medizina. (Praktische Medicin).
Russkaja medizina. (Russische Medicin).
Semskij wratsch. (Der Landarzt).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej. (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Westnik oftalmologii. (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Westnik klinitscheskoj i ssudebnoj psichiatrii i neiropatologii. (Zeitschrift für klinische und gerichtliche Psychiatrie und Neuropathologie).
Westnik obschtschestwennoj gigieny, ssudebnoj i praktitcheskoj mediziny. (Zeitschrift für öffentliche Hygiene, gerichtliche und praktische Medicin).
Wojenno-medizinskij shurnal. (Militär-medicinisches Journal).
Wratsch. (Der Arzt).

Wratsch 189. № 38—44.

J. L. Januschkewitsch: «Ueber einen neuen Apparat zur Messung des faradischen Stromes bei therapeutischer Verwerthung desselben». (Inductometer). (Nr. 39).

Vorläufige Mittheilung.

W. Belschew: «Zur Frage von der Wirkung 35° Salzbäder auf Schwindsüchtige». (Nr.).

Vorläufige Mittheilung:

Ssokolow, Tschulkow u. Schmanski: «Ueber die Wirkung 35° C. Bäder mit Zusatz von Ol. pini sylvestri aether. auf den gesunden Menschen (Nr. 40).

Vorläufige Mittheilung.

L. O. Darkschewitsch: «Erkrankungen der Gelenke und Muskeln bei cerebralen Hemiplegien». (NNr. 36, 38, 40).

W. W. Ssutugin: «55 Laparotomie ausgeführt in Moskau». (NNr. 37, 38, 40).

Von 55 Operirten starben 8 = 14,5 pCt. Mortalität. Aus der Zahl der Todesfälle sind 3 Fälle auszunehmen, in welchen der exitus letalis nicht direct durch die Operation bedingt wurde; es wäre dann eine Mortalität von 9,6 pCt. zu verzeichnen. Da viele der Operirten «schwere» Fälle waren, ist nach S. dieser Procentsatz als ein mässiger zu bezeichnen. Details sind im Originale nachzusehen.

P. K. Gorbatschew und W. A. Ignaowitsch: «Zur Massenuntersuchung der Sputa auf Tuberkelbacillen beim Militär». (Nr. 41).

Die an 142 Untermilitärs des Kopal'schen Komandos angestellten Untersuchungen ergaben, dass 7,74 pCt. derselben an Tuberculose litten. Diese den für die ganze Armee berechneten Procentsatz (0,41) bedeutend übersteigende Ziffer wird zum Theil durch die ungünstigen Bedingungen, unter welchen sich das Komando zeitweise befindet, zu erklären sein.

W. E. Meister: «Ueber Regeneration der Leber nach Entfernung ganzer Lappen derselben und über Betheiligung der Leber bei der Bildung von Harnstoff». (Nr. 41).

Die Constanz der Ergebnisse der von M. angestellten Experimente an Thieren veranlasst ihn zu dieser vorläufigen Mittheilung, nach welcher 1) das Gewebe der Leber bedeutende regenerative Eigenschaften besitzt, und dieses nicht nur bei Kaninchen, sondern auch bei Hunden und Ratten. Bei einiger Vervollkommnung in der Operationstechnik vertragen Thiere ohne besondere Nachtheile die Entfernung der Hälfte oder selbst mehr als ³/₄ der Leber. 2) Schon 36 Tage nach Entfernung von ³/₄ des Lebergewebes regenerirt dasselbe sich soweit, dass das neugebildete Lebergewebe dem Gewichte nach demjenigen der normalen Leber gleichkommt. 3) Die Neubildung so bedeutender Partien von Lebergewebe geschieht sowohl durch Hypertrophie als auch besonders durch Hyperplasie der Leberzellen. Die Gallengänge und Elemente der Blutgefässe verhalten sich bei dieser Neubildung nicht passiv. 4) Nach Entfernung von Leberlappen sinkt die Menge des N. im Harn, aber nicht in gleichem Verhältniss zum N. des Harnstoffes, so dass der N. des Harnstoffes im Verhältniss zur Gesammtmenge des N. im Harn abnimmt. 5) Die Menge der Extractivstoffe wird vermehrt, in Folge dessen wird der N. der Extractivstoffe im Verhältniss zur Gesammtmenge des N. im Harne erhöht. 6) Je grösser das entfernte Stück ist, um so bedeutender ist das Sinken der Harnstoffmenge und bei vollständiger Entfernung der Leber ist dieses Sinken sehr bedeutend. 7) In späteren Perioden (4—15 Tage nach der Operation) beginnt eine Zunahme der Harnstoffmenge, welche sich allmälig bis zur Norm steigern kann.

W. N. Kotschetkow: «Morphologische Veränderungen des Blutes bei Scarlatina». (Nr. 41).

Die in dieser interessanten Studie beobachteten Veränderungen an den Blutkörperchen, in Sonderheit die Alterationen im Verhalten einzelner Formen der weissen Blutkörperchen, wurden mit solcher Regelmässigkeit constatirt, dass schon im Beginne der Erkrankung aus solchen Befunden sichere Schlüsse auf den weiteren Verlauf der Krankheit gemacht werden können. Wir verweisen den Leser auf das Original, da eine Wiedergabe der Resultate in gekürzter Form ungeeignet erscheint.

K. Schulz: «Luxation der Tibia nach hinten». (Nr. 41).

Ausführliche Krankheitsgeschichte eines Falles, in welchem diese seltene Form der Luxation beobachtet wurde.

G. Jawein: «Zur Frage von der Behandlung der Lungentuberculose mit tiefen Inspirationen». (Nr. 42).

Trotz der kurzen Beobachtungsdauer von 16—60 Tagen hat J. in mehr als ¹/₃ der Fälle sowohl eine bedeutende Besserung des Allgemeinbefindens, als auch der localen Krankheitsprocesse durch methodische tiefe In- und Exspirationsübungen erhalten. Von 11 Pat. starben 3. Hieraus zieht Verf. den Schluss, dass bei Behandlung der Lungentuberculose tiefe In- und Exspirationen bedeutend häufiger angeordnet werden müssten.

A. S. Dogel: «Die Endigung der Nerven in den Meissner'schen Tastkörperchen». (Nr. 42).

M. A. Ponomarew: «Zur Frage von der Behandlung des Skorbutes mit Milch. (Kefir)». (Nr. 42).

Angeregt durch die ausgezeichneten Resultate, welche Tschelzew mit absoluter Milchdiät bei Skorbut erzielt hat, versuchte Verf. in 22 Fällen eine Behandlung mit Kefir. Die Versuche wurden mit 2 Tage altem Kefir gemacht und es wurden durchschnittlich 8 Flaschen täglich getrunken. Behandlungsdauer 2—2¹/₂ Wochen. Die Versuche ergaben, dass die absolute Milchdiät die Ernährung der Pat. schnell bessert. Das Allgemeinbefinden wird vorzüglich, das Zahnfleisch reinigt sich und oberflächliche Suggillationen werden schnell resorbirt. Trotz des guten Allgemeinbefindens der Pat. werden jedoch tiefer liegende grössere Blutextravasate nur sehr langsam resorbirt. In solchen Fällen wurden locale heisse Bäder mit gutem Erfolge verordnet.

W. W. Listow: «Zur Frage von der relativen N.-Aufnahme und dem N.-Umsatz in quantitativer und qualitativer Beziehung bei gesunden, erwachsenen Individuen während des Gebrauches roher und sterilisirter Milch». (Nr. 43).

Vorläufige Mittheilung.

A. W. Natanson: «Spontane Resorption einer senilen Katarakte». (Nr. 43).

Beschreibung eines seltenen Falles, in welchem Resorption eines Greisenstaares des rechten Auges erfolgte.

Bei der Untersuchung wurde ausser einem Kapselstaar auch der nach unten dislocirte Linsenkern constatirt.

D. P. Nikolski: «Zur Frage von der extragenitalen syphilitischen Infection beim Rasiren». (Nr. 44).

Ulcus indurat. auf der rechten Wange in der Gegend des Unterkieferwinkels.

A. D. Abutkow: «Syphilitische Periostitis des harten Gaumens». (Nr. 44).

Verf. macht auf das verhältnissmässig häufige (16 pCt.) Vorkommen von Periostitis des harten Gaumens bei Prostituirten aufmerksam, weil dasselbe eines der Merkmale sei, nach welchen latente Syphilis im condylomatösen Stadium diagnosticirt werden kann.

W. K. Wyssokowitsch: «Zur Lehre vom Milzbrand». (NNr. 43, 44).

Die Resultate der von W. angestellten Untersuchungen sind in Kürze folgende: 1) Beim Menschen kommen Fälle von Milzbrand der Haut vor, in welchen während der Periode der Allgemeinerkrankung die Milzbrandbacillen aus den primären Invasionsstellen verchwinden, so dass dieselben an genannten Stellen weder mit dem Mikroskop noch durch Culturen nachzuweisen sind. 2) In allen nicht sehr frischen Fällen von Milzbrand kann man auf der Haut an der Grenze des Schorfes das Absterben der Bacillen constatiren, ohne dass dabei die weissen Blutkörperchen betheiligt wären. 3) Die Verbreitung der Milzbrandbacillen von der Infectionsstelle aus in das Blut erfolgt bei Kaninchen ausschliesslich auf dem Wege der Lymphbahnen. 4) Die am Ende der Erkrankung in's Blut gelangten Bacillen werden weder durch die Leber noch durch die Milz ausgeschieden. 5) Die Ausscheidung virulenter Bacillen erfolgt ohne Betheiligung der weissen Blutkörperchen durch bindegewebige und endotheliale Zellen einiger Organe, Durch Milzbrandtoxine nicht vergiftete Organzellen sind im Stande lebende Bacillen aufzunehmen, welche Eigenschaft die schon inficirten nicht mehr besitzen. 6) Im Kampfe, welchen das Thier mit der Infection führt, ist die Ausscheidung der Bakterien aus dem Blut in die Organe und die Vertilgung derselben durch die Zelln des Bindegewebes nur von nebensächlicher Bedeutung. Die Hauptrolle in diesem Kampfe spielen die Gewebsflüssigkeiten und das Blut mit ihren bakterientödtenden Eigenschaften. 7) Beim Aufbewahren der Organe an Milzbrand gefallener Thiere vermindert sich die Zahl der Bacillen in diesen Organen nach Verlauf von 24 Stunden nicht unbedeutend.

I. W. Lwow: «Zur Lehre von der Aetiologie und Therapie penetrirender Rupturen der Scheidengewölbe bei Gebärenden. (Kolpoparrhexis Hugenberger's)». (NNr. 43, 44).

Dobbert.

Chirurgitscheskiy westnik 1891 (Octob.—Dec.).

M. M. Kusnezow. «Ueber trockene Nachbehandlung acuter infectiöser Entzündungen der Haut und des Unterhautzellgewebes».

Verf. empfiehlt zur Nachbehandlung von Phlegmonen, Furunkeln, Carbunkeln und drgl. statt der bisher meist üblichen feuchten, häufig zu wechselnde Trockenverbände unter reichlicher Verwendung von Salol als Streupulver.

Die Eiterung soll dabei geringer, der Wundverlauf kürzer und die Narben meist weniger ausgedehnt sein. Breite Einschnitte und gründliches Evidement werden vorausgesetzt.

A. A. Ignatow. «Zur Frage der chirurgischen Behandlung der Gallensteine und des Hydrops der Gallenblase.»

Eine breit angelegte Compilation aus der älteren und neueren Literatur über beregten Gegenstand.

Die erste Hälfte der Arbeit enthält eine Besprechung der Pathologie und Klinik der erwähnten Processe, der gegen dieselben indicirten chirurgischen Eingriffe und des jeweiligen Standpunktes der neueren Autoren, welche sich über letztere geäussert haben. Neues bringt dieselbe nicht.

Die zweite Hälfte der Arbeit enthält eine umfängliche tabellarische Zusammenstellung von 278 operativ behandelten Fällen von Erkrankungen der Gallenwege, sowie die statistische Bearbeitung dieses Materials, aus welcher Verf. folgende Schlusssätze ableitet:

1) Bei intensiven Schmerzen uud mehr oder weniger deutlichen Anzeichen von Undurchgängigkeit des Ductus cysticus oder choledochus ist jedesmal ein operativer Eingriff vorzunehmen.

2) Als typisch, weil in den weitesten Grenzen anwendbar, ist die einzeitige Cholecystotomie anzusehen.

3) An und für sich weist die Cholecystotomie normalis die kleinste Sterblichkeit auf. Die Ch. idealis und die Chalecystektomie stehen in dieser Hinsicht auf gleichem Niveau mit einander.

4) In allen verschleppten Fällen, bei mehr oder weniger intensiv ausgeprägten pathologischen Veränderungen der Gallenblasenwandungen—in Sonderheit bei Cholecystitis ulcerosa und Empyem der Gallenblase ist als gefahrloseste Methode die Cholecystotomia normalis indicirt.

5) Die Cholecystektomie kann als radicale Behandlung der Gallensteine nicht anerkannt werden und ist daher auf die Fälle von maligner Entartung der Gallenblasenwandungen und von endgiltiger Undurchgängigkeit des Duct. cysticus zu beschränken.

6) Die Cholecystotomia idealis ist indicirt in frischen Fällen bei geringfügigen Veränderungen der Gallenblasenwandungen. Die dieser Operation zugeschriebene Gefährlichkeit scheint übertrieben zu sein.

7) Die Cholecystoenterostomie ist die einzige mögliche und in manchen Fällen (bei Abwesenheit maligner Neubildungen) auch radicale Methode bei nicht zu beseitigender Undurchgängigkeit des Duct. choledochus.

N. A. Gerken. «Kurzer Bericht über die chirurgische Thätigkeit in der Semstwo (Landpraxis). (Nov.-Dec.)

Weniger interessant in chirurgischer, als in hygienischer Beziehung durch die Geringfügigkeit der Hilfsquellen, mit denen ein verhältnissmässig reichhaltiges und heterogenes Material bewältigt werden muss. Ein näheres Eingehen auf den Inhalt des Berichtes erscheint nicht geboten.

Grubert.

Aus russischen medic. Gesellschaften:

Auszug aus den Arbeiten der Gesellschaft russischer Aerzte zu St. Petersburg. (Jan. — März 1891).

N. Ssokolow. «Beobachtungen über die Behandlung Tuberculöser mittelst Koch'scher Injectionen». (Jan.)

Vortr. macht diese Beobachtungen erst seit 20 Tagen an 12 Kranken: 1 Pat. mit Lupus, 1 mit Knochencaries, 2 mit tuberculösen Lymphdrüsen, 9 mit Lungentuberculose. Vortr. constatirte bei allen diesen Kranken eine bedeutende, sowohl subjective, als auch objective Besserung: die Athmung wurde tiefer und weicher, Rasselgeräusche nahmen an Zahl ab, veränderten auch ihren Charakter — feuchte gingen in sonore über, consonirende — in mittelblasige, das Sputum nahm einen mehr schleimigen Charakter an, enthält aber noch in grosser Zahl Bacillen; der Appetit besserte sich, das Körpergewicht nahm zu oder veränderte sich nicht. Die Kranken reagiren noch deutlich auf die Injectionen, d. h. der tuberculöse Process ist bei ihnen noch nicht zum Abschluss gekommen. Zuletzt macht Vortr. noch einige Bemerkungen über die Injectionen selbst, die Dosirung derselben, über die beobachteten Reactionserscheinungen u. s. w.

A. A. Kadjan. Ueber die Resultate der Untersuchung des St. Petersburger Armenhauses, welche unter Botkin's Leitung im Jahre 1889 ausgeführt wurde. (Jan.).

Es wurden untersucht 408 verpflegte Männer und 2218 Frauen. Vortr. theilt die Resultate dieser Untersuchung mit: 1) Frauen erreichen im Armenhaus ein höheres Alter als Männer. Die Sterblichkeit der Männer ist grösser als die der Frauen. 3) Ein hohes Alter, d. h. über 70 Jahre, erreichen öfter Verheirathete, als Ledige; 4) Frauen, welche geboren haben und besonders mehrere Mal, haben mehr Chancen für langes Leben. 5) Alkoholgenuss hat keinen Einfluss auf die Dauer des Lebens. 6) Syphilitiker erreichen selten ein hohes Alter. Die Verpflegten von hohem Alter sind vom Vortr. in 2 Kategorien eingetheilt, in solche mit physiologischer Senilität und solche mit pathologischer. Beide Kategorien waren an Zahl gleich gross. Die Ursachen der pathologischen Senilität sind der Häufigkeit nach: 1) Veränderungen im Circulationssystem, 2) im Nervensystem, 3) in den Lungen, 4) in der Leber, 5) in den Nieren 6) im Magendarmcanal, 7) in den Gelenken 8) Neubildungen, 9) Syphilis, Sklerose der Arterien fand sich bei 85% alter Männer und bei 57% alter Frauen. Die Häufigkeit der Arteriosklerose steigt regelmässig mit dem Alter; bei fetten Leuten ist Arteriosklerose viel seltener als bei mageren. Gelenkerkrankungen (Arthrit. deform.) coïncidiren selten mit Gefässalteration. Das specifische Gewicht des Harns ist bei Greisen ziemlich niedrig. Symptome von Gastrointestinalkatarrh sind sehr selten. Nieren- und Gallensteinkoliken, ebenso Gicht wurden gar nicht gefunden.

D. P. Kosserotow: «Ueber die Anwendbarkeit der Donderschen Theorie zur Erklärung einiger Erscheinungen bei Asphyxie». (cfr. Westnik gigieny, Referat s. S. 29 der Beilage 1891).

A. A. Netschajew: «Einige Bemerkungen in Betreff der Mittheilung von N. Ssokolow über die Behandlung der Tuberculose nach der Koch'schen Methode». (Februar-März).

Vortr. theilt die Resultate der Injectionen mit, welche im Obuchow'schen Hospital gemacht wurden. Im Ganzen wurden

mit Injectionen behandelt 43 Kranke, unter diesen 25 mit chirurgischer und zum Theil Lungentuberculose und 18 ausschliesslich mit Lungentuberculose. Bei 2 Kranken mit leichter Tuberculose wurde eine Besserung erzielt, bei einem dritten schwerer Kranken wurde dasselbe erreicht; 2 Fälle verliefen ungünstig, ohne aber dass dies den Injectionen zugeschrieben werden könnte. Ein Pat. starb sehr bald. Die übrigen Fälle sind entweder noch zu wenig beobachtet oder verlaufen unbestimmt.

Nikolajew meint, es sei sehr schwierig die Lungentuberculösen in Kategorien einzutheilen und darauf hin den Erfolg der Injectionen vorherzusagen. Er führt einen Fall an, welcher unzweifelhaft zur ersten leichten Form zugezählt werden musste und wo trotzdem der Verlauf sehr ungünstig war.

Kadjan schliesst aus seinen Injectionsversuchen an Kranken mit chirurgischer Tuberculose, dass die Injectionen nicht immer eine locale Reaction hervorrufen, zuweilen bekommt man eine locale Reaction. aber nicht im afficirten Organ, sondern in irgend einem anderen.

N. Petrow: «Ueber pathologisch-anatomische Veränderungen in den Organen von zwei Tuberculösen, bei welchen Koch'sche Injectionen gemacht wurden». (Febr.-März).

Vortr. theilt die Resultate der Untersuchung der Organe von 2 Phthisikern mit. Bei dem ersten Phthisiker machten sich in der Umgebung der Tuberkel ausgesprochene Entzündungserscheinungen bemerkbar, die Tuberkel selbst waren erweicht und mit mehrkernigen Leucocyten infiltrirt. Bei dem zweiten Phthisiker, bei welchem die Injectionen eine längere Zeit vor dem Tode gemacht worden waren, fanden sich gar keine Tuberkel, statt dessen aber Höhlen mit mehrkernigen Zellen ausgefüllt. Also zuerst entzündliche Infiltration und nachher Zerfall derselben.

Tuberkelbacillen fanden sich in enormer Menge in den erweichten Tuberkeln, stellenweise auch frei in den Alveolarwänden. Streptokokken wurden nur in geringer Quantität gefunden, so dass die Entzündungserscheinungen kaum ihnen, vielmehr aber der Koch'schen Flüssigkeit zugeschrieben werden müssen. Mortification der Tuberkel konnte nicht constatirt werden.

W. J. Ssokolow. «Ueber die Wirkung des Chinins auf die Bildung von Granulationsgewebe». (Februar und März). 1891). (cfr. Bolnitschnaja gaseta, Referat S. 23 d. Beilage.

J. Tarchanow: «Ueber die Wirkung des Salzsauren Spermins auf den thierischen Organismus». (Februar — März).

Vortr. machte seine Versuche mit Pöhl's Präparaten von salzsaurem Spermin und kam zu folgenden Resultaten: 1) Kleine Dosen von Spermin (von 0,01 bis 0,04) subcutaninjicirt haben bei Fröschen eine beruhigende und schwach deprimirende Wirkung; bei Säugethieren fand sich keine deprimirende Wirkung. 2) Spermin macht keine geschlechtliche Erregung. 3) Spermin erhöht die Lebensfähigkeit bei Thieren mit durchschnittenem Rückenmark. 4) sperminisirte Frösche vertragen viel grössere Dosen von Strychnin und Chloroform, 5) die Sperminpräparate von Poehl sind sehr unbeständig in Bezug auf ihre antispasmodische Wirkung, 6) in mittelgrossen und grossen Dosen bewirkt Sp. bei Fröschen eine Verlangsamung und zugleich Verstärkung der Herzarbeit; bei Hunden ist dieser Effect unbeständig, 7) bei sperminisirten neugeborenen Hunden und Meerschweinchen sieht man eine grössere Zunahme des Körpergewichts im Vergleich zu nichtsperminisirten von demselben Wurf. Die letzten Versuche sind leider noch zu wenig zahlreich. 8) in den meisten Fällen konnte Vortr. keine schlechte Wirkung des Spermins auf die Gesundheit der Thiere constatiren.

N. Uschinski. «Zur Frage vom Firnissen der Haut. (Febr.—März).

Vortr. machte seine Versuche hauptsächlich an Tauben. Die Erscheinungen nach dem Firnissen waren folgende: am ersten Tage Sinken der Temperatur und des Körpergewichts, Abnahme der ausgeschiedenen CO^2, fast gar kein Appetit; in den folgenden Tagen normale Temp., Ausscheidung einer grossen Menge CO^2; die Tauben frassen dabei sehr viel, nach einer Woche kehrte Alles zur Norm zurück. Das Hungern vertragen lackirte Thiere sehr schlecht. Bei anderen Thieren konnte Vortr. dasselbe constatiren. Kaninchen frassen nur dann, wenn man ihnen Kohle an den Mund brachte. Vortr. meint, dass bei anderen Untersuchern die Thiere nur darum zu Grunde gingen, weil man sie gewissermaassen nicht zwang zu fressen.

S. Ostrogorski: «Zur Frage nach den Veränderungen der morphologischen Eigenschaften des Blutes während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett». (Febr.-März).

In Bezug auf die Eintheilung der farblosen Blutkörperchen hielt sich Vortr. an die von Uskow vorgeschlagene Classification. Thesen: 1) In der zweiten Schwangerschaftshälft, wächst die absolute Menge der farblosen Blutkörperchene ebenso die absolute und relative Menge der überreifen; die Menge der jungen sinkt absolut und relativ; die Menge der reifen sinkt nur unbedeutend. 2) In der ersten Schwangerschaftshälfte ist das Verhältniss zwischen den überreifen und jungen weissen Blutkörperchen umgekehrt, wie in der zweiten. 3) Die Grenze zwischen diesen beiden entgegengesetzten Zuständen des Blutes ist der 3. Schwangerschaftsmonat, wo die Placenta sich auszubilden beginnt. 4) Während der Geburt steigt die Menge der farblosen Blutkörperchen; nach der Geburt ist sie 2 Mal so gross, als vor der Geburt. Dieser Ueberschuss wird durch die überreifen gedeckt, da die jungen an Zahl abnehmen, 5) Nach der Geburt sinkt die Menge der weissen Blutkörperchen, bei Abnahme der überreifen und Zunahme der jungen. 6) Bei stillenden Frauen steigt die Menge der eosinophlen Zellen, ebenso die Menge der jungen, während die überreifen an Zahl abnehmen. Vortr. glaubt, dass in der Schwangerschaft die weissen Blutkörperchen im Uterus aufgehalten werden und während der Geburt durch die Wehen mechanisch ausgetrieben werden und in die Circulation eintreten.

Lurje.

Sitzungsbericht der Kaiserlichen Kaukasischen medicinischen Gesellschaft. (April — November 1891).

Sitzung am 8. April.

J. Minkewitsch: «Ueber medicinische Volksmittel und Volkssitten im Kaukasus: das Verhalten der Chefsuren gegen ihre schwangeren Frauen».

Verf. beschreibt die Sitten und Gebräuche der kaukasischen Bergvölker, spec. der Chefsuren und Pschafzen, betreffend die Schwangeren und Kreissenden. Jede schwangere Frau sucht ihren Zustand so lange, als nur möglich, zu verheimlichen; sobald sie die ersten Wehen verspürt, verlässt sie das Haus und die Familie; sie begiebt sich nach einem von bekannten und verwandten Frauen hergerichteten Zelte, «Sazech» genannt, in welchem sie ohne irgend welche Hilfe die Geburt durchmacht. Ist die Geburt eine recht schwere, hört man im Dorfe das Wehklagen der kreissenden Frau, so schleichen sich die Männer zu dem Zelte heran und beginnen zu schiessen, in der Absicht die Frau zu erschrecken, dadurch die Geburt zu beschleunigen und so die Leiden der kreissenden Frau zu verringern. Am Tage nach der Geburt wird der Wöchnerin Brod vor dem Zelteingange hingelegt. 40 Tage bis einen Monat muss die Frau in dem Zelte verweilen; nach Ablauf dieses Termins kommt sie bis zur völligen Reinigung in ein anderes, für alle Wöchnerinnen gemeinsames Zelt «Samrewlo» genannt. Hier verweilt sie mit ihrem Kinde 14 Tage und erst dann darf sie ihre ursprüngliche Wohnung betreten. Die Einzelzelte «Sazechen» werden von den Chefsuren verbrannt, damit der böse Geist sich nicht dort einsiedele.

An allgemeinen Festen darf weder die Schwangere noch ihr Mann Theil nehmen, weil beide als unrein gelten. Verf. ist der Meinung dass diese eben geschilderten Gebräuche bei den Chefsuren und Pschafzen (es sind christliche Volksstämme) als Ueberreste der assyrobabylonischen Lehren über die Unreinlichkeit der Menstruirenden und Schwangeren aufzufassen sind. Zwar bringen aus hygienischen Rücksichten viele kaukasische Völker (z. B. die Immeretiner) ihre Schwindsüchtigen in besonderen Zelten unter, weil sie von der Infectiosität der Tuberculose überzeugt sind; doch ist die rohe Behandlung der Schwangeren bei den Chefsuren gewiss nicht als hygienische Massregel aufzufassen.

A. Montwill «Die Lehre von der Immunität und den Mitteln zur künstlichen Erreichung derselben».

Populär-medic. Vortrag.

Sitzung am 16. Mai.

M. Pokrowski: «Ueber Mikroorganismen im Fluss- und Quellwasser der Stadt Tiflis».

Von Mikrokokken fand der Autor den M. cinnabareus-Flügge, M. flavus liquefaciens-Flügge, M. aurantiacus-Cohn und M. agilis; ferner constatirte er 10 verschiedene Bakterienarten, von denen hier erwähnt seien: B. subtilis, B. violaceus, ferner eine Bacillencolonie, welche mit der Colonie der Typhusbacillen viel Aehnlichkeit hat.

N. Gorochowzew: «Ueber die Entstehung des Rheumatismus».

Verf. giebt eine ganz eigenartige Entstehungsursache für den rheumatischen Krankheitsprocess an: verschiedene Beobachtungen, so z. B. die Veränderungen am Auge nach Durchschneidung des Augenastes des Trigeminus, ferner die Veränderungen an den Lungen nach Durchschneidung des Lungen-

vagus, beweisen, dass die normale, physiologische Gewebsfunction ein ganz constantes Verhältniss zwischen den reflexauslösenden Reizen und den reflexhemmenden Impulsen der nervösen Centralorgane erfordert. Sobald die reflexhemmenden Impulse schwächer als normal wirken, oder gar völlig wegfallen, erfahren die Reflexe schon durch schwache äussere Reize eine krankhafte Verstärkung. Sind umgekehrt die reflexhemmenden Impulse durch starke Erregung der betreffenden Centra krankhaft gesteigert, so sind schwache äussere Reize nicht im Stande Reflexe auszulösen. Wenn man diese Thatsache auf den rheumatischen Entzündungsprocess überträgt, so kann man die Entstehung der Krankheit dadurch erklären, dass das oben beschriebene, Verhältniss der reflexauslösenden Reize (Temperatur) zu den reflexhemmenden Impulsen der nervösen Centralorgane ungleichmässig wird. Eine solche Ungleichmässigkeit kommt z. B. zu Stande. wenn eine niedrige Temperatur einen begrenzten Theil der Körperoberfläche reizt, gleichzeitig aber nicht im Stande ist eine entsprechende Erregung der nervösen Centralorgane hervorzurufen, oder wenn der Organismus nach starker Ueberhitzung durch warme Bäder, heisse Getränke etc. einer niedrigen Temperatur ausgesetzt wird; hier wird der Grad der Erregung der sympathischen Reflexbahnen dem Grade der Erregung der nervösen Centra, welche Erregung infolge langer Einwirkung hoher Temperatur stark herabgesetzt ist, nicht entsprechen. Die Gewebsfunctionen erleiden dadurch eine krankhafte Veränderung. Seine Anschauung bemüht sich Verf. an vielen Beispielen zu demonstriren.

Die parasitäre Aetiologie wird ganz und gar nicht berücksichtigt (Anm. des Ref.)

Bulgakow: «Eine Diphtheritisepidemie in Kassari» (Gouvernement Baku).

Sitzung am 1. Juni.

Artemjew: «Demonstration eines osteomalacischen Beckens» mit genauen Angaben der Beckenmaasse.

Beckeneingang: Conj. vera anatom. — 9 Cm; Conj. vera obstetrica—5 Cm; rechte schräge—9,7. linke schräge—9,6 Cm; quere—9,4; Dist. sacrocotyl. dextra - 3,9; sinistra 4,9.

Beckenweite: der grade Durchmess.—9,5; der schräge—6,9 Cm; der quere: 8,6.

Beckenenge: der grade Durchm. 9,2 Cm; schräge—7,7.

Beckenausgang: der grade Durchm. 6,8 Cm; der schräge 6,6 Cm.

Haudelin: «Ueber die Behandlung der Tuberculose mit Koch'scher Lymphe».

Die diagnostische Bedeutung des Tuberculins stellt der Autor in Abrede; wohl aber erkennt er an, dass das Mittel eine therapeutische Bedeutung besitzt.

N. Tschujew: «Ein Fall von Luxation des Radiuskopfes nach aussen».

Der Patient war vor 3 Jahren beim Bau eines Hauses heruntergefallen und zwar mit ausgestreckter Hohlhand den Boden berührend. Die Luxation muss jetzt als eine veraltete bezeichnet werden.

Sseslawin: «Ueber die Bedeutung der klimatischen Stationen im Kaukasus für tuberculöse Patienten».

Es giebt im Kaukasus Winter — und Sommerstationen. Zu den ersteren rechnet Sseslawin Ssuchum und Batum. zu den letzteren — Kisslowodsk, Abas-Tuman und Borshom. In Ssuchum und Batum ist der Winter und der Herbst recht warm, so dass die Patienten den grössten Theil des Tages in freier Luft verbringen können. Im Sommer ist aber dort die Hitze zu drückend; dagegen sind die oben genannten Stationen für den Sommeraufenthalt sehr geeignet, dabei sind die Curorte vollständig geschützt vom Nordwinde durch eine Gebirgskette. $^{9}/_{10}$ aller hierher kommenden Schwindsüchtigen fühlen schon in der ersten Zeit eine bedeutende Erleichterung ihres Leidens. Auch objectiv nachweisbare Besserung constatirt der Autor fast immer.

Sitzung am 2. September.

N. Sacharow: «Demonstration eines neuen Filters».

Er ist aus Infusorienerde bereitet nach den Angaben von Nordmeyer-Berkenfeld. Vortrag. zieht diesen Filter dem Pasteur-Chamberlin'schen vor,

Derselbe: «Spirochaeta anserina. Morphologische und biologische Studien».

Vortr. hat im Blute kranker Gänse eine Spirochaeta entdeckt, die mit der Obermeier'schen, bei Recurrens gefundenen, viele Aehnlichkeit besitzt. Die Krankheit der Gänse trat epidemisch auf und äusserte sich in Temperaturerhöhung, Apettitlosigkeit, Diarrhoe und, was als charakteristisches Symptom bezeichnet werden muss, in starker Schmerzhaftigkeit der Muskeln und Gelenke. Bei der Section constatirte der Autor Milzschwellung. Verfettung der Leber, des Herzens und der Nieren. Im Blute der kranken Gänse fand Sacharow eine Spirochaeta, welche wohl von dem Vibrio Metschnikovi zu unterscheiden war. Mit diesem Blute impfte Verf. gesunde Gänse und erzeugte regelmässig die geschilderte Erkrankung. Die Spirochaeta auserina steht der Spirochaeta Typhi recurrentis sehr nahe. Beiden gemeinsam sind folgende Eigenschaften: 1. sie kommen nur im Blute vor 2. ihre Form erhalten sie constant. sie zerfallen nicht in Bacillen. 3. sie bedingen eine Temperaturerhöhung 4. sie lassen sich nicht auf künstlichem Nährboden cultiviren. 5. beide inficiren sehr leicht bei Injection in's Blut von Individuen derselben Gattung. 6. sie verschwinden im Verlauf der Krankheit recht bald aus dem Blute. Doch ergeben sich auch Unterschiede, nam. in den Färbungsmethoden, deshalb darf man sie nicht identificiren. Verf. ist der Meinung, dass die von ihm beschriebene Krankheit der Gänse auf das unreine Wasser der Teiche und Abgüsse zurückzuführen sei.

Sitzung am 16. September.

J. Ssolucha: «Ein Fall von Schocktod in Folge Incarceration einer inneren Dünndarmhernie».

Es handelte sich um einen Soldaten. der des Nachts, während er auf Wache stand, plötzlich starke Leibschmerzen verspürte. Er wurde abgelöst. Am anderen Morgen erhielt er Natron sulfuricum; die Schmerzen nahmen aber zu, es trat auch Frbrechen und geringes Fieber ein. Ein verabfolgtes Klysma erzeugte eine ziemlich copiöse Entleerung. Am nächsten Tage verspürte Patient Stuhldrang; als er nun nach einigen Minuten aus dem Abort zurückkam, fiel er plötzlich um und starb. Die Section erwies. dass es sich um eine innere Incarceration handelte. Den Bruchinhalt bildete eine Ileo- jejunalschlinge mit ihrem Mesenterium; den Bruchring bildete einerseits das untere Drittel der betreffenden Schlinge andererseits ein Divertikel, welches mit dem einen Ende auf der freien Oberfläche des Ileum sass, mit dem anderen Ende auf dem Mesenterium. Peritonitis wurde nicht constatirt. Die gerichtliche Obduction nahm einen Schocktod an — eine reflectorische Herzparalyse infolge intensiver Reizung der peripheren sensiblen Nervenendigungen der incarcerirten Darmschlinge.

Sitzung am 2. Oktober.

Poljakow: «Ein seltener Fall von congenitalem Mangel einer Niere».

22jähriger Soldat. Während des Lebens wurde die Diagnose auf Colitis follicularis et Nephritis parench. acuta gestellt. Die Section ergab, dass die rechte Niere vollständig fehlte, es war nicht einmal eine Fettkapsel vorhanden; a. und v. renalis dextra, ureter dexter fehlten. Auch die rechte Samenblase war nicht vorhanden. (Leider wurde vergessen nach dem rechten Hoden zu sehen). Die linke Niere war 225 Gramm und hatte einen Umfang von 210 Cm. Das Gewebe zeigte den Zustand der parenchymatösen Erkrankung.

Sitzung am 7. Oktober

(zu Ehren des Ehrenmitgliedes A. Remmert).

Lunkewitsch: «Demonstration pathologo-anatomischer und mikroskopischer Präparate».

1. Ein Fall von Echinokokkus des Gehirns.

In der rechten Hemisphäre, in der Gegend der Insula Rheilii fand sich eine grosse fluctuirende Geschwulst, die eine Chitinkapsel besass; auf deren inneren Oberfläche fanden sich Brutkapseln, in welchen Scolices in grosser Menge vorhanden waren.

2. Ein rundes Duodenalgeschwür.

Das Geschwür sass auf dem horizontalen Theil des Zwölffingerdarms und bedingte eine Blutung, der der Patient erlag.

3. Doppelte Pelves renales und Ureteren der linken Niere.

4. Vollständiger Mangel der Gebärmutter.

Wurde bei einer 20jährigen, verheiratheten Frau constatirt; sie starb an hämorrhagischer Pleuritis. Die rechte Niere und der rechte Ureter fehlten auch vollständig.

Malinin: «Ueber die Herstellung des Spermatius resp. Testiculin's».

Verf. berührt in Kürze die Geschichte der Entdeckung der Sperminkrystalle und den sich daran schliessenden Wettstreit der verschiedenen Firmen, Parck, Davis et C., Merck, Schering und Poehl. Er selbst ist zur Ueberzeugung gelangt, dass in den Testikeln, und in der Vorsteherdrüse eine ganze Serie von krystallinischen Salzen sich finden, meist phosphorsaure Salze,

und dass ihre Darstellung verhältnissmässig leicht sei. Die Testikel werden verrieben und mit der gleichen Menge 97% Alkohols versetzt. Eine Woche lang bleibt die Mischung stehen. Alsdann werden die flüssigen Theile durchgepresst, der Alkohol verjagt, dabei schlägt sich eine Menge coagulirten Eiweisses nieder; diese wird wieder durchgepresst. Man erhält dann eine opalescirende Flüssigkeit, welche in einer flachen Porcellanschale auf dem Wasserbade erhitzt wird, bis eine dicke breiartige Masse erhalten wird; diese wird über Schwefelsäure getrocknet, dann nach 24 Stunden wieder auf dem Wasserbade mit einer geringen Menge 97% Alkohols erhitzt. Der alkoholische Extract nimmt allmählich alle krystallinische Verbindungen auf.

G. Ter-Grigorjanz: «Das Dermatol in der Geburtshülfe und bei gynaekologischen Operationen».

Der Vortrag besteht aus einem Referat der ausländischen Arbeiten ueber dieses Thema.

Sitzung am 16. October.

Chlodowski: «Ueber eine epidemische ulceröse Stomatitis».

Die Epidemie beobachtete der Autor im Kubangebiete und zwar namentlich im dort einquartirten Regiment. Vom 30. April—1. August erkrankten 89 Soldaten an dieser Krankheit. Er schildert ausführlich die im grossen Ganzen bekannten Symptome der Stomakace. Häufig wurde auch eine geringe Temperaturerhöhung beobachtet. Verf. ist der Meinung, dass das anhaltende Regenwetter Schuld an der Ausbreitung der Epidemie hat, da die Soldaten gezwungen waren in den Kasernen den ganzen Tag über zu verweilen, infolge dessen dort eine feuchte, erdrückende Atmosphaere herrschte.

J. Twarjanowitsch: «Ein Fall von Typhus abdominalis, complicirt mit Thrombose der Aorta abdominalis und Perforationsperitonitis».

Ausführlicher, der Seltenheit wegen sehr interessanter Krankenbericht.

Abelmann.

An die Redaction eingesandte Bücher und Brochüren.

Die Gicht und ihre erfolgreiche Behandlung von Dr. Emil Pfeiffer. 2 Aufl. Wiesbaden, 1891. S. F. Bergmann. Pr. 2 Mrk. 80.

Der Isar-Winkel. Aerztlich-topographisch geschildert von Dr. M. Höfler. München, 1891. Ernst Stahl.

Die chirurgische Behandlung des Kropfes von Prof. Anton Wölfler. III Th. Die Behandlungsmethoden des Kropfes. Berlin, 1891 August Hirschwald.

Beiträge zur Kenntniss der Tuberculose, herausg. von Dr Felix Wolff. Wiesbaden, 1891. J. F. Bergmann. Pr. 2 Mrk. 80.

Eine neue Behandlungsmethode der Tuberculose besonders der chirurgischen Tuberculosen von Prof. Max Schüller. Wiesbaden, 1891. J. F. Bergmann.

Ein Beitrag zur perversen Sexualempfindung von Dr. F. C. Müller. (Sep. Abd.).

Ergebnisse der Creolinbehandlung bei 46 Fällen von Rachendiphtherie. Ing. Diss. von J. G. Sichelt. Breslau, 1891.

Ueber die Wassercur während der Menstruationsperiode von Dr. Grenell, übersetzt von H. Spaerl-Gamma. Erlangen, 1891. Fr. Junge. Pr. -- Mrk 50.

Away with Koch's lymph! by Prof. Nicholas Jenn. (Sep. Abdr.).

Les antiseptiques par les Drs. J. B. Rottenstein et E. Bourcart. Paris, 1891. Lescronier et Babé.

Doctor Gaspar Gordillo Lozano. La metafisica y las ciencias naturales. Madrid, 1891. Enrique Maroto y Hermano.

Ueber die Salzsäureproduction des Säuglingsmagens im gesunden und kranken Zustande von Dr. Leopold Wohlmann. (Sep. Abdr.).

Zur Therapie hartnäckiger Retroflexion des Gebärmutter von B. S. Schultze. — Volkmaun's Sammlung klin. Vortr. neue Folge № 24.

Alle Inaugural-Dissertationen der Dorpater Universität vom Sem. II. 1890 und Sem. I, 1891, 92 an der Zahl.

Die Salubritätsziffer.! Ein Beitrag zur Salubritätstaxation der Städte überhaupt und Prags insbesondere von Dr. Joseph Rychna. Prag, 1891. H. Dominicus.

Traité théorique et practique du massage par le Dr. G. Norström. II. edition. Paris, 1891. Lescronier et Babé.

Die Sehstörungen und Entschädigungsansprüche der Arbeiter von Dr. A. Mooren. Düsseldorf, 1891. August Bagel.

Der Heilmagnetismus. Ein Vortrag von Dr. E. Reich. Berlin, 1891. Adolf Klein.

Die Provinzial-Irrenheilanstalt zu Göttingen. Zur Erinnerung an ihre Eröffnung vor 25 Jahren von Prof. Ludwig Meyer Göttingen 1891. Vandenhock u. Ruprecht.

Robert Koch's Heilmittel gegen die Tuberculose. Heft II. Berlin, und Leipzig, 1891. Georg Thieme.

Wann dürfen Syphilitische heirathen? von Dr. Schuster. 5 Aufl. Berlin, 1890. Th. Enslin. Pr. 1 Mk.

Die Syphilis, deren Wesen, Verlauf und Behandlung von Dr. Schuster. 3 Aufl. Berlin, 1891. Th. Enslin.

Cancer of the cervix uteri in the negress; with pyo-physometra by Prof. Howard A. Kelly (Sep. Abdr.).

The steps of the cesarean section by Prof. Howard A. Kelly (Sep. Abdr.).

La neurasthénie-épuisement nerveux-par L. Bouveret. 2 édition. Paris, 1891. Baillière et fils.

Compendium der Arzneiverordnung von Dr. O. Liebreich und Dr. A. Langgaard 3 Aufl. I Hälfte. Berlin, 1891. Fischer's med. Buchhandlung.

Ueber Hypnotismus. Vortrag von Dr. J. R Minde. München, 1891. C. Depolder. Pr. 2 Mrk. 80.

Bibliographie der klinischen Helminthologie. 1 Heft: Echinococcus cysticus. Von Dr. J. Ch. Huber. München, 1891. J. F. Lehmann. Pr. 1 Mrk. 80.

Compendium der Augenheilkunde von Dr. Friedrich Hersing. 7 Aufl. Stuttgart, 1891. Ferd. Enke.

Thomas H. Husley Grundzüge der Physiologie, herausg. von Prof. Dr. S. Rosenthal. 3 Aufl. Hamburg u. Leipzig, 1891. Leop. Voss. Pr. 9 Mrk. —

Gewebelehre mit bes. Berücksichtigung des menschlichen Körpers von P. Schieferdecker u. A. Kossel. 2 Bd. Gewebe des menschl. Körpers und ihre mikroskopische Untersuchung. Braunschweig 1891. Harld Bruhn. Pr. 12 Mrk. 60.

Die acuten Lungenentzündungen als Infectionskrankheiten von Prof. D. Finkler. Wiesbaden, 1891, J. F. Bergmann.

Le laboratoire de toxicologie; méthodes d'expertises toxicologiques par P. Brouardel et J. Ogier. Paris, 1891. Baillière et fils.

Die Untersuchung des Auswurfs auf Tuberkelbacillen von Dr. E. Czaplewski. Jena, 1891. Gustav Fischer. Pr. 3 Mrk.

Sectionstechnik für Studirende und Aerzte von Prof. C. Nauwerck. Jena. 1891. Gustav Fischer. Pr. 2 Mrk. 50.

Die Grundsätze der Medicin von Dr. P. Sastschenko. Wien, 1891. Koblizek.

Mittheilungen des Vereins der Aerzte in Steiermark pro 1890. redigirt von Dr. V. Fossel. Graz, 1891. Leuschner u. Lubensky.

Aresberättelse fran Sabbatsbergs Sjukhus i Stockholm för 1890 af Dr. F. W. Warfvinge. Stockholm, 1891. Isaac Marcus.

Nordseebad Norderney. Illustrirter Führer. Ausgabe, 1891. D. Soltau Pr. 1 Mrk.

Д. К. Родзаевскій. Къ вопросу о разложеніи въ организмѣ и объ антипиретическомъ дѣйствіи нѣкоторыхъ соединеній салициловой группы. Кіевъ, 1890.

Гомеопатія какъ медико-философская система Д-ра Д. К. Родзаевскаго. Кіевъ, 1891.

Calculo vesical adhercuti por Dr. A. M. Vargas. Madrid 1890.

Die Behandlung Verunglückter bis zur Ankunft des Arztes von Dr. Pistor. Berlin, 1891. Th. Enslin. Pr. 50 Pf.

Ein Fall von Gilles de la Tourette'scher Krankheit von Dr. L. Stembo. (Sep. Abdr.).

Ueber Hemiatrophia facialis progressiva von Dr. L. Jankau (Sep. Abdr.).

Das Resorcin als inneres Mittel nach neunjähriger Erfahrung von Dr. H. Menche (Sep. Abdr.)

Ueber das Stottern. v. Prof. Ssikorski übers. v. V. Hinze. Berlin, 1891. Aug. Hirschwald.

Psychiatorische Voiles. v. Magnan. Deutsch v. Möbius. Heft 1. Leipzig, 1891. G. Thieme.

Atlas d. Cystoskopie v. Burckhard. Basel, 1891. B. Schwabe.

Pathol. u. Therap. d. Syphilis von Prof. Kaposi. Stuttgart 1891. F. Enke.

Münchener medicin. Abhandlungen. Heft 4—14. München, 1891. J. F. Lehmann.

Bibliographie d. klin. Helminthologie. Heft 2 v. Ch. Huber. München, 1891. J. F. Lehmann.

Ueb. d. physiol. Grundl. d. Tuberculinwirkung v. Prof. Hertwig. Jena, 1891. G. Fischer.

D. Protozoen als Krankheitserreger v. L. Pfeiffer. 2 Aufl. Jena 1891. G. Fischer.

Beitr. z. Entwickelungsgesch. d. angeb. Aderhaut-Colobomś von E. Ricker. J. D. Wiesbaden, 1891. J. F. Bergmann.

Die Milch m. Berücksicht. d. Hygiene v. H. Scholl m. Vorwort v. F. Hüppe. Wiesbaden, 1891. J. F. Bergmann.

Medicin. Taschenwörterbuch v. E. Lehfeldt. Berlin. 1891. Boas und Hesse.

Beziehungen zwischen Muskelzuckung und Entzündung v. G. Schrokamp. Lübeck, 1891. Lübcke u. Hartmann.

Die Tuberculose i. d. Strafanstalten, v G. Cornet Sep. Abdr. aus d. Zeitschr. f. Hygiene. X Bd.

Современный взглядъ на значеніе Кокцидій при болѣзняхъ кожи. Проф. А. И. Поспѣлова. Москва, 1891. Печатня Яковлева.

D. Bedeutung d. Anaërobiose etc. v. E. Braatz Sep. Abdr. a. d. Deutsch. med. W., 1890. № 46a.

On the value of the inhalation of Chlorine Gas etc. by H. Gibbes and E. L. Shurly. repr. from the Therap. Gasette. Detroit. Mich. G. S. Davis.

Ueb. a. Nothwendigkeit chirurg. bacteriol. Institute v. E. Braatz. Sep. Abdr. a. d. Deutsch. med. W. 1891. № 27.

Ueb. d. Verhältn. d. klin. Chirurgie z. chirurg. Bacteriol. etc. Sep. Abdr. Deutsch. med. W. 1891 u. Centralbl. f. Chirurgie.

Къ леченію сифилиса впрыскиваніями взвѣшеннымъ препаратомъ ртути Л. Г. Гольда.

Воспаленія и ретенціонныя кисты фаллопіевыхъ трубъ. К. Ф. Славянскаго (лекціи). С.-Петербургъ, 1891. А. Суворинъ.

Zur Diagnose und Behandlung der Gicht von Dr. Carl Nordhorst. Wiesbaden. 1891. I. F. Bergmann.

Weitere Mittheilungen über die von Prof. R. Koch vermeintlich entdeckten aber nicht bestehenden Tuberkelbacillen etc. von Prof. H. W. Middendorp. Groningen, 1891. J. B Wolters.

Протоколы врачебныхъ совѣщаній въ городской Обуховской больницѣ (Sep. Abdr.).

Clinique française. Programme des cours. Paris 1891.

Проф. A. Euleuburg. Проф. М. И. Аѳанасьевъ. Реальная энциклопедія медицинскихъ наукъ. Т. I. С.-Петербургъ, 1891. В. С. Эттингеръ.

Versuche über das Diuretin Knoll von Dr. Sigmund Pfeffer. (Sep. Abdr.).

Ueber Schwankungen des Körpergewichts im Verlaufe des Abdominaltyphus von Dr. M. Zjenetz. (Sep. Abdr.).

Beitrag zur Kenntniss der Krankheiten des Blutes von F E. Moragliano (Sep. Abdr.).

Künstlich corrigirte oder natürliche Mineralwässer in der Therapie der harnsauren Diathese von Doc. Dr. Fürst (Sep. Abdr.).

Ein Spiegel zur Besichtigung des Cavum pharyngo-nasale von Dr. L. Jankau (Sep. Abdr.).

The hypnotic state of hysteria by Dr. W. C. Krauss (Sep. Abdr.).

An improwed tape measure by Dr. W. C. Krauss (Sep. Abdr.).

A dermoid cyst of left ovary by Dr. W. W. Potter (Sep. Abdr.).

Annual of the universal medical scienses edited by Dr. Charles Sajous Volume I—V. Philadelphia, 1891. F. A. Davis.

Vorlesungen über Pharmacologie von Dr. Prof. C. Binz. 2te umgearbeitete Auflage. Berlin, 1891. Vrgl. v. Aug. Hirschwald.

Ueber Tubensäcke (eine klinische Studie) von Dr. Leopold Landau. (Berlin). Sonderabdr. aus Archiv f. Gynäkologie, Band XI, Heft 1. Vrlg. v. Aug. Hirschwald.

Handbuch der allgemeinen Therapie der Kreislaufsstörungen von Prof. Hofrath Dr. M. J. Oertel. 4. Umgearbeitete Arbeit mit 62 Abbildg. Leipzig. Vrlg von Vogel. Pr. 9 Mrk.

Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie bearb. v. Dr. Albert Hoffa mit 555 Abbild. Stuttgart. Vrlg. v. Ferd. Enke. 1891. Pr. 16 Mrk.

Festschrift Herrn Rud. Virchow zum 70. Geburtstage gewidmet von Dr. A. Baginsky. Stuttgart. Vrlg. von Ferd. Enke, 1891. Pr. 8 Mrk.

Der Idiot und die Imbecille von Paul Sollier, übersetzt von Dr. Paul Brie, mit 12 Schrifttafeln. Hamburg und Leipzig. Vrlg. v. Leop. Voss. Pr. 5 Mrk.

Kurzgefasste Abhandlungen über wichtige Kapitel aus der med. Praxis durchgesehen und bearbeitet von Geh. San.-Rath Dr. Guttmann. (Berlin), Leipzig. Vrlg. v. G. Thieme.

Die Pflanzennahrung bei den Menschen, v. Dr. Kingsford, übersetzt v. Dr. A. Aderholdt. 3 vermehrte Auflage. Leipzig. Hartung u. Sohn. 1891. Pr. 1,50 Mrk.

Moderne Chemie. 12 Vorträge von Dr. Lassar-Cohn. Hamburg und Leipzig Vrlg. v. Leop. Voss. 1891. Pr. 3,50 Mrk.

Klinisches Jahrbuch. 3 Band, herausgeg v. Prof. Dr. Guttstadt. Berlin. Vrlg. von J. Springer. 1891. Pr. 20 Mrk.

Наблюденія надъ дѣйствіемъ Коховской лимфы. Бертенсона. С.-Петербургъ. Типографія Худенкова. 1891.

Wirkungen des Diuretin, von Dr. Kress. Sep. Abdr. aus der Münchener Medic. Wochenschrift, № 38, 1891.

Neue Therapeutische Mittheilungen über Diuretin-Knoll Knoll. Chemische Fabrik. Ludwigshafen.

Die Privatanstalt zu Ober-Döbling. Bericht über die Leistungen der Anstalt, mit 12 Tafeln. Leipzig und Wien. Fr. Deuticke. 1891.

№ 1. Excerpta medica. Kurze monatliche Journalauszüge, v. Dr. med. Eug. Graetzer in Sprottau. Basel. Vrlg. C. Sallmann. 1891. Pr. des Jahrgangs 5,75 Fr.

Sep. Abdr. aus Therapeutische Monatshefte herausgeg. v. Dr. Liebreich.

1) Ueber Europhen bei Nasenkrankheiten von Dr. Löwenstein.

2) Ueber therap. Erfahrungen mit Europhen, von Dr. med. A. Nolda.

3) Ueber d. Europhen, ein neues Jodproduct, von Dr. Siebel.

Ueber die Behandlung der chronischen Otorrhoe mit einigen neueren Borverbindungen v. Dr. R. Kafemann. Danzig, 1891.

Ueber Chinin und die Malariaamöbe von Prof. C. Binz. Sonderabdr. aus Berliner klin. Wochenschrift. 1891, № 43.

Handbuch der allgemeinen und speciellen Arzneiverordnungslehre bearbeitet von Prof. Dr. C. A. Ewald. 12 vermehrte Auflage. Berlin. 1892. Vrlg. v. Aug. Hirschwald.

Ueber Myositis syphilitica diffusa s. interstitialis von Prof. Dr. Lewin. Berlin, 1891. Vrlg. von Aug Hirschwald.

Encyclopädische Jahrbücher d. gesammten Heilkunde, herausgegeben v. Prof. Dr. A. Eulenburg. I Jahrgang. Wien u. Leipzig. Urban u. Schwarzenberg. I—X Lieferung. Pr. pro Lief. 1 Mrk. 50 Pf. 1891.

Sonderabdr. aus Pharmaceutische Centralhalle. Ueber d. Verwendung der Cellusewolle u. daraus hergestellten Watte in der Chirurgie von Dr. Ronnefahrt.

Sonderabdr. aus Deutsche Med. Zeitung von Dr. Fürst. Künstlich corrigirte od. natürliche Mineralwässer in der Therapie der harnsauren Diathese.

Къ вопросу о нахожденіи токсина въ крови людей. Д-ра Кальмейера. С.-Петербургъ, 1891.

Die Conträre Sexualempfindung v. Dr. med. A. Moll. Berlin. Fischer's med. Buchhandlung. 1891.

Ueber Carbolgangrän von Alexander Traukenburger. Nürnberg. Pr. 1 Mrk.

Записки уральскаго медицинскаго общества въ Екатеринбургѣ. 1 годъ. Пермь, 1891.

Lehrbuch der Geburtshilfe von Dr. A. Martin mit 119 Holzschnitten. Wien u. Leipzig. Urban und Schwarzenberg. 1891.

Ueber die Verwendung v. Anilinfarbstoff bei Nasen-, Ohren- und Halsleiden von Dr. M. Bresgen. Wiesbaden. Vrlg. v. E. Jungklaass. 1891. Pr. 1.20.

Les pierres du poumon, par le Dr. S. A. Marius Poulalion. Paris. Steinheil. 1891.

Dr. Paul Börners Reichs Medicinal Kalender. 1892.

Compendium d. Arzneiverordnung von Dr. Liebreich und Dr. Langgaard. 3 vollständig umgearb. Auflage. II Hälfte. Berlin. Fischers Buchhandlung.

Klinischer Atlas der Laryngologie und Rhinologie herausgegeben von Dr. Joh Schnitzler. II. Lieferung mit 15 Abb ld. Wien, 1891. Wilhelm Braumüller 2 Mrk.

Klinische Zeit- und Streitfragen: Electrolytische Behandlung der Strikturen der Harnröhre; einiger Dermatosen von Prof. Ed. Lang. Wien, 1891. Wilhelm Braumüller. Pr. 2 Mrk.

Klinische Zeit- und Streitfragen. Die Tuberkulose und Kochsches Verfahren von Dr. Ludw. Wick. Wien. Vrlg. v. W. Braumüller. 1891. Pr. 2 Mrk.

Cursus d. laryngoscopischen Technik von Dr. Gr. Avellis mit 49 Ab. Berlin. Fischers Buchhandlung. 1891.

Handbuch d. spez. Pathologie und Therapie v. Prof. Dr. Eichhorst. IV. Band mit 105 Holzschnitt. 4 umgearbeitete Aufl. Wien u. Leipzig. Urban und Schwarzenberg. 1891. Vollständig in 4 Bänden. Pr. pro Band 12 Mrk.

Krankheits- und Behandlungslehre der Nasen-, Mund- und Rachenhöhlen etc., etc. von Dr. Maximilian Bresgen mit 166 Holzschnitten. II umgearbeitete Auflage. Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg. 1891.

Die Ernährung des gesunden und kranken Menschen von Dr. Munk und Dr. Uffelmann. II umgearbeitete Auflage. II Hälfte. Wien und Leipzig. Urban u. Schwarzenberg, 1891.

Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre von Prof. Dr. E. Albert. 4 Band. Die chirurgische Krankheit des Beckens und der unteren Gliedmasse. mit 267 Holzschnitten, 4 vermehrte Auflage. Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg. 1891. Preis 12 Mrk.

Psychologie der Suggestion von Dr. phil. Hans Schmidkunz. Stuttgart. Ferd. Enke, 1892.

Med. Taschenkalender für praktische Aerzte 1892 von Dr. Förster. IV Jahrgang. Riga. Jonck und Poliewsky. 1892.

Atlas der gerichtlichen. Medicin v. Prof. Dr. A. Lesser. II Abtheilung. 5 Lieferung. 3 color. Tafeln. Breslau. Schlesische Buchhandlung. 1891.

Der menschliche Fuss, seine Bekleidung und Pflege v. Dr. Beely und Dr. E. Kirchhoff. Vrlg. der Laupp'schen Buchhandlung.

Отчетъ по Императорскому С.-Петербургскому Воспитательному Дому за 1886—89 годъ.

Die Influenza im dem Winter 1889—90 von Dr. J. Ruhemann. Leipzig. G. Thieme. 1891. Pr. Mrk. 3.

Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten bearb. v. Dr. J. Boas mit 28 Holzschnitten. 2 bearbeitete Auflage. Leipzig. G. Thieme. Preis 8 Mrk. 1891.

Arbeiten des Pharm. Instituts zu Dorpat herausgeg. von Prof. Dr. R. Kobert. VII. mit 5 Zinkographien im Text. Stuttgart. Ferd. Enke.

Ueber den Einfluss des Lichtes auf die Haut von Dr. med. Friedr. Hammer. Stuttgart. Ferd. Enke. 1891.

Die Untersuchung des Pulses von Dr. M. v. Frey. Berlin. J. Springer. 1892. Preis 7 Mrk.

Дозв. ценз. Спб. 1 Февраля 1892 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Wienecke, Katherinenhofer-Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 2. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1892.

Bolnitschnaja gaseta Botkina 1891. № 34—52.

S. M. Afanassjew: «Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung mechanischer und thermischer Hautreize auf den allgemeinen Blutdruck». (NNr. 34, 35, 37, 38, 40, 43—52).

Im Grossen und Ganzen wurde eine Steigerung des Blutdrucks bemerkt, besonders bei Summirung von Reizen. Die näheren Details sind im Originale nachzulesen.

Der Grund für die Blutdruckveränderungen liegt in den Blutgefässen des Abdomen. Bei Ausschluss dieser wurden die Blutdruckveränderungen nach Hautreizen relativ unbedeutend.

G. I. Matschichin: «Der Operationssaal und die Aseptik in der chirurg. Abtheilung des Marienhospitals». (Nr. 36).

Kurze Beschreibung und Schilderung des im Titel Genannten.

A. O. Jogisches: «Ein Fall von Myelitis lateralis amyothrophica mit nicht ganz gewöhnlichem Verlaufe». (Nr. 36).

Es fehlten während der ganzen Krankheitsdauer Contracturen.

B. M. Kallmeyer: «Zur Frage des Nachweises von Toxin im Blute an traumatischem Tetanus erkrankter Menschen». (Nr. 37).

In Verfassers Falle war in dem Blutserum kein Toxin, welches Mäuse tetanisirt hätte, zu finden.

N. H. Meyer: «Ueber Milzabscesse». (NNr. 38, 39, 41).

Im Anschlusse an einen casuistischen Bericht epikritische Bemerkungen über Aetiologie, Verlauf, Symptomatologie und Therapie der Abscesse. Zum Schlusse ein kurzer Bericht der Literatur über die bisher mit dem Messer, dem Troicart und dem combinirten Verfahren operirten Fälle.

D. D. Popow: «Die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Fallopiaschen Tuben bei allgemeinen acuten Infectionskrankheiten». (NNr. 38, 39).

Je nach der Intensität der Krankheit auch die Veränderungen in den Tuben. Active und passive Hyperämie, am ausgesprochensten in der Mucosa, der subserosa und der ihr benachbarten musculären Schichte, weniger scharf in der circulären Muskelschichte.

Die Resultate sind aus 20 Tubenuntersuchungen (10 Frauen: 7 Recurrens, 1 Abdominaltyphus, 1 Recurrens plus croup. Pneumonie, 1 croupöse Pneumonie) gezogen.

A. A. Kadjan: «Ein Fall von Nierensteinexstirpation». (NNr. 39, 40).

Erfolgreiche Exstirpation der rechten Niere, in Folge lange dauernder, nicht versiegender Eiterung nach einer Nephrotomie (pyonephritis calculosa) ein halbes Jahr vordem.

N. I. Kuskow: «Ueber eine Gascyste des Darmes». (NNr. 40, 41).

Genaue makro- und mikroskopische pathologisch-anatomische Beschreibung einer wahren neugebildeten proliferirenden Gascyste des Darmes, wie sie nur Bang vordem beschrieben. Mit Abbildung.

E. A. Golowin: «Ueber die Behandlung der Nephrolithiasis». (Nr. 42).

Deutsch in St. Petersb. med. Wochenschr. 1891 (Nr. 48).

B. W. Werchowski: «Ein Fall von acuter gelber Leberatrophie». (Nr. 43).

A. P. Wojnowitsch: «Das schwefelsaure Atropin bei Hypersecretion des Magens». (Nr. 44).

Untersuchungen an einem Falle, in dem das Atrop. sulf. mit Erfolg verordnet war, ergaben, dass Hypersecretion ohne Hyperacidität existiren könne, was früher zu beweisen nicht gelungen war, weiter dass der Fall eine Widerlegung der Meinung Reichmann's abgebe, der selbst in den ersten Stadien der Verdauung keine Milchsäure gefunden habe, endlich dass wenn das Ulc. rotundum Folge einer Hyperacidität sei, wie Riegel, Velden, Korcynski und Jaworski lehren, das Atropin in Verbindung mit entsprechender Diät eine hervorragende Stelle in der Behandlung dieser Krankheit einnehmen müsse.

N. I. Kuskow: «Pathologisch-anatomische Casuistik des Marienarmenhospitals zu St. Petersburg». (NNr. 44, 45, 48).

1. Perforationsperitonitis aus dem Gallengange bei einem Typhösen.
2. Fall von fehlender linker Niere, complicirt mit Uterus didelphus.
3. Syphilitische Verengerung der Trachea und der grossen Bronchen.
4. Ein Fall von einer teratoiden Geschwulst (in der Bauchhöhle) mit Abbildungen.

Genaue Beschreibungen und epikritische Bemerkungen und Erklärungen dieser Raritäten und Unica.

I. W. Bechtin: «Ueber den Stickstoffwechsel bei Injectionen von Koch'scher Flüssigkeit in qualitativer und quantitativer Beziehung». (NNr. 45, 46, 47).

Untersuchungen an drei Kranken. 6 Tabellen. Das Resultat ist: «Die Assimilation der Stickstoffhaltigen Theile der Nahrung nimmt ab. Die Quantität des ausgeschiedenen Stickstoffes nimmt zu. Die Qualität des Stoffwechsels wird schlechter».

B. W. Werchowski: «Zur Frage der Digitaliswirkung». (Nr. 46).

Wassersucht in Folge von Digitalis. Experimentelle Untersuchung.

A. M. Lewin: «Aus der Hospitalpraxis: Zur Symptomatologie des Leberechinococcus». (NNr. 47, 48).

Anknüpfend an einen Fall von Leberechinococcus, bei dem nach Punction mit der Pravaz'schen Spritze Urticaria auftrat, Bemerkungen über Urticaria und Intoxication (Debove) nach Punction der Hydatidencysten. Verf. ist nicht abgeneigt, als diagnostisches Moment die Punction anzuwenden und glaubt, dass die Gefahr der Dissemination etc. nicht sehr gross sei, wobei er jedoch nach Ref. Ansicht auf bedeutenden Widerspruch stossen wird.

N. S. Kisselew: «Ein Fall von Hydropyonephrose, operirt von A. A. Trojanow». (Nr. 49).

Erfolgreiche Nephrektomie.

N. I. Ssokolow: «Dem Andenken S. P. Botkin's. Festrede am 12. Dec. 1891 in der Gesellschaft russischer Aerzte in St. Petersburg». (Nr. 50).

A. Kosinski: «Zur Lehre von der schleimigen Degeneration der Krebszellen». (NNr. 51, 52).

O. W. Petersen: «Ueber Temperaturerhöhungen nach Injectionen von salicylsaurem Quecksilber bei Syphilis». (NNr. 51, 52).

Neumann.

Chirurgitscheskij westnik 1892 Januar.

R. W. Butz: «Zur Frage von der Behandlung gangraenöser Hernien».

Ein umfangreiches Collectivreferat über die bekanntlich recht zahlreichen Arbeiten der neueren Literatur zu dem in der Ueberschrift erwähnten Thema. Einen Originalbeitrag des Verf. zu demselben enthält die vorliegende erste Hälfte noch nicht.

N. A. Ssokolow: «Zur operativen Behandlung veralteter Verrenkungen des Ellenbogengelenkes». (Aus der chirurg. Abth. des Klin. Inst. der Grossfürstin Helena Pawlowna).

Mittheilung von 4 durch Prof. Tiling mittels des von ihm zur Arthrektomie des Ellenbogens angegebenen Schnittes in Angriff genommenen veralteten Fällen von Luxation dieses Gelenkes. In allen wurde, zum Theil unter Zuhilfenahme partieller Resectionen, ein mehr oder weniger befriedigendes Resultat erreicht. Zweimal konnte die Reposition nur durch zeitweilige Vernähung des Radiusköpfchens mit der Eminentia capituli dauernd erhalten werden. Hierbei wurden die Enden der Seidensutur zur Wunde herausgeführt und dienten nachher zur Leitung der Scheere behufs Entfernung der Naht nach beendeter Wundheilung.

N. Trinkler: «Der solitäre Echinococcus der Milz, seine Diagnostik und operative Behandlung».

Vorliegend blos einleitende Bemerkungen, zu einer, wie es scheint, sehr ausführlich geplanten statistisch-casuistischen Bearbeitung des im Titel erwähnten Themas.

Grubert.

Westnik oftalmologii. 1891 Nov. — Dec.

K. M. Ssapeshko: «Klinisches Material zur Frage von der Schleimhauttransplantation». Fortsetzung und Schluss.

S. bringt in diesem zweiten Theile der recht umfangreichen Arbeit zahlreiche weitere Krankengeschichten und liefert, um die Technik der Operation, sowie erzielte Heilerfolge zu demonstriren, 7 Lichtdrucktafeln. Ueberpflanzungen von Kaninchenschleimhaut misslangen alle, entweder heilte der Lappen nicht an oder es folgte späterhin Atrophie desselben. Hierüber werden 7 Krankengeschichten mitgetheilt. Affenschleimhaut heilte ebenfalls nicht an — hierüber 2 Krankengeschichten. Transplantation der Scheidenschleimhaut gab stets ein gutes Resultat. 3 Fälle wurden mitgetheilt. Schleimhautmaterial, welches bei Gelegenheit einer Hasenschartenoperation gewonnen wurde und auf das Lid eines gleichzeitig operirten anderen Individuums überpflanzt wurde, heilte ebenfalls gut an. Bei plastischen Lidoperationen wie zur Wiederherstellung eines Conjunctivalsackes wurde die Schleimhautüberpflanzung ebenfalls mit meist günstigem Erfolge angewandt, was in 15 Fällen genau mittgetheilt wird.

Ssapeshko zieht aus seiner sehr fleissigen, sorgfältigen und reichhaltigen klinischen Studie folgende Schlüsse: die menschliche Schleimhaut besitzt hohe Lebensfähigkeit und heilt überpflanzt gut an; thierische Schleimhaut ist zu Zwecken der Transplantation unbrauchbar. Das beste Material bietet die Lippenschleimhaut. Ohne Gefahr für das Auge, in Sonderheit ohne Gefahr für die Hornhaut können sehr ausgedehnte Theile des erkrankten Conjunctivalsackes entfernt werden und durch überpflanzte Schleimhaut ersetzt werden. Die überpflanzte Schleimhaut unterliegt nicht der Trachomerkrankung.

Germann.

Westnik obschtschestwennoj gigieny, ssudebnoj i praktitscheskoj mediziny. 1891 Juni — December.

M. D. van Puteren: «Methoden der künstlichen Ernährung und Pflege von Säuglingen im Auslande». (Juni). Schluss.

M. M. Tschelzow: «Die sanitären Verhältnisse auf der «Karawane» zu Rybinsk». (Jun.).

Unter «Karawane» versteht man in Rybinsk den ganzen Complex von Schiffen, sowohl den grossen, welche die Waaren aus dem Süden die Wolga hinaufschaffen, als auch den kleinen, deren Aufgabe es ist die Waaren auf den schmaleren Wasserstrassen weiter zu befördern, dazu die Schiffsbemannungen und die etwa 40000 Mann starke Arbeiterschaar. Vorliegende Abhandlung stellt einen Rechenschaftsbericht des Verf. dar, welcher 1890 von der medic. Akademie nach Rybinsk abkommandirt gewesen ist.

N. A. Obolenski: «Professionelle Veränderungen an den Händen». (Jun.).

E. F. Bellin: «Gewaltsamer oder natürlicher Tod, Arsenvergiftung oder Typhus?» Schluss. (Jun.). Casuistisches.

P. J. Kubassow: «Die geburtshilflichen Zangen, ihre mechanische Theorie und eine Analyse der existirenden Muster». (Jun.).

Fünfte und letzte Vorlesung.

Idem: «Klinisch-hygienische Mikrobiologie». (Jul.—Oct.).

IV. Vorlesung: über Typhus abdominalis.

A. P. Krawkow: «Zur Frage von der Assimilation des Fettes der Nahrung bei gesunden Menschen unter dem Einflusse indifferent temperirter Süsswasserbäder». (Jun.—Jul.).

Verf. hat 5 gesunde junge Männer Bäder von 8° R. nehmen lassen und vor, während und nach der Badeperiode den Fettgehalt ihrer Nahrung und ihrer Fäces bestimmt.

Resultat: 1) die Fettassimilation hebt sich, 2) das Körpergewicht steigt progressiv, 3) die Körpertemperatur bleibt noch eine gewisse Zeit nach dem Bade um 0,1°—0,5° C. erhöht, 4) der Verlust durch Haut und Lunge steigt nach den Badern.

A. W. Pogoschew: «Zur Frage von der Sanitätscontrolle der Fabriken in Russland». (Jul.—Sept.).

Darlegung und Kritik der gegenwärtigen Verhältnisse nebst Vorschlägen zur Verbesserung der Sanitätscontrolle.

W. Wyssokowitsch: «Die Wirkung des Ozons auf das Wachsthum der Bakterien». (Jul.—Aug.).

Verf. beschreibt mit grosser Ausführlichkeit die Entwickelung und den Gang seiner im Bremer'schen Sanatorium zu Görbersdorf ausgeführten Versuche. Die in mannigfacher Beziehung interessanten Details lassen sich in einem kurzen Referate nicht wiedergeben. Das Hauptergebniss der Arbeit lässt sich dahin zusammenfassen, dass Oz. das Wachsthum der meisten Bakterien beeinträchtigt, ohne jedoch die Virulenz pathogener Formen zu schmälern, ferner dass es sich hierbei nicht sowohl um eine directe Einwirkung des Oz. auf die Zellindividuen handelt, als vielmehr um eine Oxydirung resp. Versäuerung des Nährbodens und eine Zerstörung der darin enthaltenen Bakteriennahrstoffe. Die Hypothese, dass ein analoger Vorgang auch in den Lungen der Kranken, welche sich in Oz.-reicher Luft aufhalten, statt hat — spricht Verf. selbst mit grosser Reserve aus.

W. S. Ssubbotin: «Selbstmord oder Mord?» (Strychninvergiftung) und «Mordanfall oder Nothwehr?» (Jul.).

Casuistische Mittheilungen.

K. K. Dowodtschikow: «Sollen die Rekruten bei der Aushebung gewogen werden und wie ist das Brustmaass zu bestimmen?» (Aug.).

D. weist auf die Nothwendigkeit der Gewichtsbestimmung hin, weil das Gewicht einerseits über den Gesundheitszustand des Rekruten Aufschluss giebt, andererseits eine bequeme Tauglichkeitsziffer liefert, wenn man es durch die Körperlänge dividirt. Ferner empfiehlt er das Brustmaass aufzunehmen, während der zu Untersuchende an den Handwurzeln ein wenig suspendirt wird. Zu diesem Behuf empfiehlt er einen von ihm construirten Apparat.

W. Th. Demitsch: «Die Pädiatrie im russischen Volke». (Aug.—Dec.).

Vorliegende Arbeit ist nur ein Glied aus einer ganzen Kette von Mittheilungen, durch welche sich Verf. um die Kenntniss der russischen Volksmedicin bereits recht verdient gemacht hat. Das reiche, sowohl in medicinischer als ganz besonders in ethnographischer Beziehung höchst interessante Material ist gewandt verarbeitet und in frischer anziehender Weise dargestellt. Es umfasst folgende Capitel:

Cap. I. Auf die Kinder bezügliche Sitten, Vorurtheile, Aberglauben und dergl.

Cap. II. Manipulationen am Neugeborenen und Pflege des Kindes in den ersten Lebenstagen.

Cap. III. Medicamente, welche vom Volke zur Behandlung von Kinderkrankheiten angewandt werden.

M. D. Nikitin: «Das Leben Neugeborener ohne Athmung». (Aug.).

Kritische Bearbeitung der einschlägigen Literatur mit Hinzufügung zahlreicher eigener Beobachtungen. Die Stellungnahme des Verf. zu der angeregten Frage findet ihren Ausdruck in folgenden Thesen:

1. Die Frage von dem Leben der Neugeborenen ohne Athmen besitzt ausser dem theoretischen noch ein praktisches gerichtsärztliches Interesse und verdient die Beachtung nicht nur der Gerichtsärzte sondern auch der Geburtshelfer.

2. Der athemlose Zustand der Neugeborenen in Apnoë und Asphyxie hat keine praktische Bedeutung für die forensische Medicin.

3. Das Leben der asphyktischen Neugeborenen währt ohne Athmen nicht so lange, als man es gegenwärtig gewöhnt ist für möglich zu halten.

4. Das absolute physiol. Unvermögen Athembewegungen auszuführen ist einem viel jüngeren Entwickelungsstadium der Neugeborenen eigen, als die gerichtliche Medicin gemeiniglich annimmt.

5. Praktisches forensisches Interesse in Bezug auf Leben ohne Athmen kommt nur den lebendgeborenen unreifen Früchten von 20—22 und nicht mehr als 24 Wochen zu.

6. Die Thatsache, dass die Luft ausgeathmet habender Lungen Neugeborener wieder verschwinden kann, unterliegt keinem Zweifel; zum deutlichen Beweise der Existenz dieser Thatsache sind noch weitere Beobachtungen in Gebaranstalten und Kliniken erforderlich, jedenfalls aber bietet das Wesen dieser Erscheinung für den praktischen Gerichtsarzt nur ein untergeordnetes Interesse.

7. Bei Abwesenheit von Luft in den Lungen gewinnt das positive Resultat der 2. Lebensprobe (Magendarmprobe) selbst-

ständige, ausschlaggebende Bedeutung für die Frage, ob das Kind lebend geboren ist.

8. Bei der Beurtheilung der Frage von dem Schrei ohne Betheiligung des Kehlkopfes darf man nur den wirklichen Schrei oder das Wimmern des Neugeborenen berücksichtigen, aber nicht etwas diesen Tönen nur Aehnliches.

M. Goschkewitsch: «Tod in Folge von Verbrennungen?» (Aug.).

Casuistische forensische Mittheilung.

J. N. Jakimowitsch: «Zur Lehre von der indirecten Zelltheilung» (Aug.).

Gediegene Arbeit. Die Untersuchungen sind ausgeführt an Tritonenlarven und zwar an deren Schwanzflosse.

Im ersten Theil wird die Einwirkung verschiedener Reize auf den Theilungsprocess der Zellen studirt. Die Ernährung erweist sich, wie zu erwarten, als mächtiger Factor: während einer Hungerperiode nimmt die Zahl der Karyokinesen rapid ab, um mit erneuter Nahrungszufuhr ebenso zuzunehmen. Das Licht begünstigt die Zellvermehrung, während dieselbe im Dunkeln sehr träge verläuft. Von den verschiedenfarbigen Lichtstrahlen erwiesen sich die violetten constant als die günstigsten für die Theilungsvorgänge, darauf in absteigender Reihenfolge die gelben, grünen, blauen, rothen, gemischten. Von dem Einfluss der Temperatur wurde soviel constatirt, dass die Larven bei + 26° R. zwar schnell wuchsen und viele Kernfiguren zeigten, aber bald erschlafften und zu Grunde gingen, während bei + 2° R. das Wachsthum und die Zellvermehrung auf ein Minimum reducirt blieben, die Individuen sich jedoch viele Wochen lang lebensfähig erhalten liessen. Die Farbstoffe zerfallen ihrer Wirkung nach in 2 Gruppen, von denen die eine (alle Carminsorten, Hämatoxylin, Indigo, Methylenblau, Methylgrün) selbst in ziemlich gesättigten Lösungen das Leben der Larven nicht beeinträchtigen, die anderen (Safranin, Bismarckbraun, Methylviolett) dagegen selbst sehr verdünnt giftig sind. Besonders beachtenswerth ist das Methylenblau, welches die karyokinetischen Figuren am lebenden Thiere färbend die instructivsten Beobachtungen gestattet. Die elektrischen Ströme erweisen sich, wenn sie schwach sind, als wirkungslos; wenn sie dagegen stark sind, als deletär. Indess konnte Verf. nach kurzer Einwirkung mittelstarker constanter Ströme rapide Zelltheilungsvorgänge beobachten. In einem Falle verlief der ganze Process 40 Min., in einem anderen Falle bis zur Bildung der Aequatorialplatte in 5—6 Min.

Aus dem zweiten Theile der Arbeit, welcher z. Th. technische, z. Th. theoretische Bemerkungen enthält, sei nur hervorgehoben, dass des Verf.'s Beobachtungen an 1000 sich theilenden Zellen annehmen lassen, dass von den Theilungsperioden die 2. (Mutterstern) und 3. (Aequatorialplatte) am langsamsten verlaufen, demnächst die 4. (Tochtersterne), dann die 1. (Knäuel), schliesslich am schnellsten die 5., letzte Periode.

E. F. Bellin: «Gerichtsärztliche Bedeutung der Leichenverseifung — Bildung von Fettwachs». (Sept.).

Ueberblick und Kritik der vorhandenen einschlägigen Literatur. — Mittheilung von 4 eigenen Fällen. — Experimentelle Bearbeitung der Frage durch Versenken von normalen resp. pathologisch veränderten Leichen und Leichentheilen in strömendes Wasser von verschiedener Stromgeschwindigkeit. Obwohl die Versuche noch nicht völlig abgeschlossen sind, ist Verf. doch schon berechtigt folgende Thesen aufzustellen:

1. Die schnell und vollständig auslaugende Wirkung des strömenden Wassers auf Gewebe, Organe und Leichentheile führt gleichzeitig zu einer sehr schleunigen Spaltung, Auslaugung und Verseifung der Fette.

2. Der Verseifungsprocess — die Bildung von Fettwachs in den Leichen oder einzelnen Theilen derselben — vollzieht sich in einer bestimmten Reihenfolge, indem er stets an der Peripherie des betreffenden Körpertheiles oder der Leiche (im Unterhautzellgewebe) beginnt.

3. Die Verseifung der Leiche resp. ihrer Theile in strömendem Wasser geht viel schneller vor sich, als man gemeiniglich annimmt; volle Verseifung des ganzen Unterhautfettgewebes von Extremitätentheilen einer Leiche kann schon in 3—4 Monaten erfolgen.

4. Die Verseifung der peripheren Theile des Unterhautfettgewebes tritt ein bei noch völlig erhaltenem Bau der darunter liegenden Weichtheile — Muskeln etc.

5. Vollständige Auslaugung und Verseifung aller Weichtheile gut ernährter Leichen von Neugeborenen kann schon durch 3monatlichen Aufenthalt in strömendem Wasser erreicht werden.

6. Bei der Auslaugung einzelner Objecte, welche aus Muskeln und Fettgewebe bestehen, tritt die Verflüssigung, Auflösung und Entfernung der Fäulnissproducte aus den Muskelfasern bisweilen früher ein als die Verseifung der Fetttheile.

7. Die sommerlichen Verhältnisse des strömenden Flusswassers, welche die Fäulniss der Leichenweichtheile und die schnelle Entfernung der Zersetzungsproducte begünstigen, sind dem Verseifungsprocesse der Fettgewebe nicht hinderlich.

8. Die Verwandlung der inneren Organe in Fettwachs kommt nur unter der Voraussetzung zu Stande, dass die Organe sehr fettreich oder fettig degenerirt sind: im ersteren Falle täuscht das in Fettwachs verwandelte präformirte Fett die Verseifung des Organes vor, im zweiten Falle verwandelt sich das ganze Organ, bisweilen unter Erhaltung der äusseren Form, in eine Substanz, welche mit dem Fettwachs des Unterhautfettgewebes vollständig identisch ist. Normale parench. Organe unterliegen dem gänzlichen Fäulnisszerfall.

9. Die Auslaugungsversuche an Leichen, Leichentheilen und Organen in Wasser dienen als überzeugender Beleg dafür, dass Fettwachs nur aus präexistirendem Fette gebildet wird.

10. Die Verseifung der Fettgewebe an den Leichen im Wasser stellt nicht die Ausnahme dar, sondern die Regel, welche in directer Abhängigkeit steht von den Eigenthümlichkeiten des Zerfalles, der Spaltung neutraler Fette (in lösliches Glycerin und unlösliche Fettsäuren) unter dem Einflusse der Fäulniss.

K. M. Watraschewski: «Ueber die prophylaktischen Methoden der Syphilisbehandlung». (Sept.).

Autorreferat des Verfassers über den von ihm auf dem X. internationalen Congress in Berlin gehaltenen Vortrag.

N. W. Netschajew: «Zur Frage von der physiologischen Wirkung von Salzbädern auf Gesunde». (Sept.—Oct.).

Es handelt sich um Bäder in 1 pCt. Kochsalzlösung von 35° C. und 30 Min. Dauer. Der Kürze halber geben wir die Resultate in Tabellenform:

	Süsswasserbäder	Salzbäder
Hautempfindlichkeit:	schwankendes Resultat	— immer erhöht
Pulsfrequenz:	immer verlangsamt	— meist verlangsamt
Blutdruck:	meist erhöht	— gesunken
Athemfrequenz:	verlangsamt	— wechselnde Wirkung
vitale Lungencapacität:	schwankendes Resultat	— meist herabgesetzt
Exspirationskraft:	meist verringert	— meist erhöht
Muskelkraft:	schwankendes Resultat	— immer erniedrigt
Temper. in axilla:	immer herabgesetzt	— meist erhöht.

Nedswezki: «Echinococcus der Leber, Loslösung der Kapsel — Tod in Folge von Verblutung durch den Gallengang». (Sept.).

Gerichtsärztlicher Fall, weil Trauma als Ursache der Blutung vermuthet wurde. Guter und anschaulicher Sectionsbericht.

M. Arustamow: «Skizzen vom sanitären Zustande der Astrachan'schen Fischereien». (Oct.).

Die Skizzen sind lebendig und anschaulich entworfen und geben dem Leser einen Begriff sowohl von den grossartigen Dimensionen, in denen die Fischerei besonders am Wolga-Delta in den Frühlingsmonaten betrieben wird, als auch von den geradezu grauenerregenden sanitären Zuständen, in denen sich die Fischereistationen dank der Indolenz oder dem Geize der Arendatoren befinden. Gleichzeitig treffen wir in der Arbeit eine Beschreibung der Conservirungsmethoden, welche für die verschiedenen Fischarten verschieden sind. Bezüglich der Details müssen wir auf das Original verweisen.

A. I. Pospelow: «Einige Daten aus den Beobachtungen über Lupusbehandlung mittelst Tuberculinum Kochii». (Oct.).

Umfangreiche Arbeit. Zusammenstellung fremder und Mittheilung eigener Beobachtungen. «1. Das Koch'sche Tuberculin kann nicht als diagnostisches Hilfsmittel für Lupus angesehen werden und 2. das Tuberculin heilt nicht den Lupus».

S. M. Jerschow: «Einstmalige und gegenwärtige medicinische Ausbildung». (Gelegentlich des 100jahrigen Jubiläums des Doctorgrades der Medicin in Russland). (Oct.—Dec.).

Historischer Ueberblick. Hinweis auf die Nothwendigkeit, den Doctortitel in seiner jetzigen Bedeutung abzuschaffen und (um ihm seine ursprüngliche Bedeutung, Doctor-Lehrer, wiederzugeben) durch Doctoren der einzelnen medicinischen Disciplinen zu ersetzen.

A. W. Jelissejew: «Skizzen des sanitären Zustandes eines Auswanderertrupps auf dem Wege von Odessa nach Wladiwostok». (Nov.—Dec.).

P. G. Russanow: «Statistisches über die Selbstmorde und Selbstmordversuche in Moskau in den Jahren 1870—1885». (Nov.).

In der statistischen Zusammenstellung nimmt Verf. Rücksicht auf Geschlecht, Alter, Confession, Stand, Ehestand, Körperbau, Haarfarbe, Bildungsgrad, Jahreszeit, Tageszeit, Todesart.

N. N. Kijanizyn: «Ueber den Einfluss der Temperatur, der Feuchtigkeit und des Luftzutrittes auf die Bildung von Ptomaïnen». (Nov.).

Sehr umfangreiche experimentelle Arbeit, von deren Resultaten hier nur einige hervorgehoben seien:

In dem faulenden Fleische wurden stets Propeptone oder Hemialbumosen nachgewiesen, wenn sich Ptomaïne darin entwickelten und umgekehrt ohne Ptomaïne keine Hemialbumosen. Das Temperaturoptimum für die Ptomaïnentwickelung liegt zwischen 16—18° R. Sowohl bei Luftzutritt als auch bei Luftmangel ist Ptomaïnentwickelung möglich, aber die Ptomaïne sind in dem ersteren Falle weniger beständig und besitzen meist keine toxischen Eigenschaften, werden jedoch schneller und reichlicher gebildet. Bei Luftmangel gestalten sich die Verhältnisse gerade umgekehrt.

A. W. Alexejewski: «Die Mineralwässer des Tambow'schen Gouvernements». (Nov.).

Verf. hat in seiner Eigenschaft als Gouvernements-Medicinalinspector Gelegenheit gehabt auf seinen Rundfahrten einige der offenbar zahlreich im Gouvernement Tambow vorhandenen Mineralquellen kennen zu lernen. Es handelt sich theils um eisen-, theils um schwefelhaltige Quellen, welche entweder nur mangelhaft oder — und das ist die Regel — gar nicht gepflegt und utilisirt werden.

I. M. Awdakuschin: «Medicinisch-topographische Skizze der Befestigung Petro-Alexandrowskaja im Amu-Darja-Gebiet». (Dec.).

E. E. Iwanow: «Technik der Percussion und Auscultation an Kindern». (Nov.).

Für die Percussion bei Kindern empfiehlt Verf., wenn man kein Plessimeter anwenden will, sich nicht wie gewöhnlich der 2. Phalanx des Mittelfingers zu bedienen, sondern der 3. Phalanx des Zeigefingers, während die übrigen Finger zur Faust geballt werden. Verf. hat aber auch ein besonderes Plessimeter für das Kindesalter construirt. Dasselbe hat die Gestalt eines abgestumpften Kegels von 3—4 Cm. Länge. Das schmälere Ende ist abgerundet und nur gerade so dick, dass es in einen kindlichen Intercostalraum passt; das breitere Ende ist plan und dient als Aufschlagefläche.

Zu auscultatorischen Zwecken empfiehlt Verf. ein Stethoskop, welches sich äusserlich nicht viel von den üblichen unterscheidet, nur dass dasselbe solide ohne Lumen gearbeitet ist und an Stelle der Aufsatzplatte eine kugelige Anschwellung trägt. Dieser Apparat soll mit den Eigenschaften der gewöhnlichen Stethoskope noch den Vorzug verbinden, dass er sich an jede Stelle des kindlichen Körpers und bei jeder beliebigen Lage des Kindes bequem und fest anlegen lässt.

Idem: «Ueber die Dosirung von Medicamenten für Kinder». (Dec.).

Verf. verwirft die Benutzung von empirischen Tabellen und theoretischen Formeln, ebenso das Körpergewicht als Maassstab für die Höhe der Dosen; «dagegen muss man die anatomisch-physiologischen Eigenschaften des kindlichen Organismus genauer erforschen; dann kann man, wenn man die physiologische Wirkung der Medicamente kennt, sofort, ohne seine Zuflucht zu langen klinischen Experimenten zu nehmen, direct die entsprechende Dosis finden».

A. I. Wojzechowski: «Traumatische Verletzungen, entstanden durch Arbeiten an landwirthschaftlichen Maschinen». (Dec.).

107 Fälle gesammelt und von verschiedenen Gesichtspunkten beleuchtet. Tabellen.

A. I. Gramatschikow: «Ueber die Wirkung des Tuberculinum Kochii auf tuberculöse Kaninchen». (Dec.).

Experimentelle Arbeit aus dem Laboratorium Prof. Baumgarten's. Als Beobachtungsobject diente die vordere Augenkammer von Kaninchen. Resultate: a) Das Koch'sche Mittel zeigt keinerlei specifische Wirkung auf tuberculöse Producte, b) die Virulenz der erweichten Käsemassen bleibt vollständig erhalten, c) Kochin bewirkt keine Immunität und übt gleichzeitig d) keine coupirende Wirkung auf den tuberculösen Process; e) dafür aber erzeugt das Tuberculin, als Tuberkeltoxin, an und für sich degenerative Veränderungen in den Zellen des Organismus.

Wladimirow.

Besprechungen.

D. K. Rodsajewski: «Zur Frage von der Zersetzung einiger Verbindungen der Salicylgruppe im Organismus und ihrer antipyretischen Wirkung». Moskau 1891.

In der mit grossem Fleiss gesammelten Literatur über diesen Gegenstand giebt Verf. ein anschauliches Bild von den Forschungen und Ansichten, besonders in physiologischer Hinsicht und zwar die Frage betreffend, in welcher Form die Salicylate im Blut circuliren und falls als freie Salicylsäure, welche Stoffe es sind, die sie aus ihren Verbindungen abspalten und unter welchen Bedingungen. Die An- resp. Abwesenheit der Salicylsäure in den Organen basirt Verf. auf der Thatsache, dass neutrales salicylsaures Salz weder durch reinen Aether gelöst, noch durch Destillation mit Wasserdämpfen in die Vorlage übergeführt wird und kommt durch seine zahlreichen Versuche zu folgendem Resultat: die Salicylsäurepräparate circuliren im Blut und in den Geweben, in ihrer Hauptmasse, im gebundenen Zustande. Normales Blut enthält die Salicylsäure nie frei, wohl aber die Gewebe, wo die Abspaltung einestheils durch die Anwesenheit freier organischer Säuren, anderentheils auch durch diejenige geformter Fermente oder des Eiweisses bedingt sein kann. Bei Fieberprocessen ist die Menge der freien Salicylsäure auch in denjenigen Organen am grössten, die unter normalen Umständen die Salicylate zu spalten im Stande sind. Ist die Respiration gestört, so gelingt es auch im Blut freie Salicylsäure nachzuweisen, doch erscheint die erhöhte Kohlensäuretension nichts Wesentliches zu ihrer Abspaltung beizutragen, da bei einigen ähnlichen Processen (Septicaemie) die Menge der freien Salicylsäure sogar sich vermindert. Salol und Salicin werden vorzugsweise durch Fermente und Produkte ihrer Thätigkeit gespalten und diese Spaltung endigt bei Salicin im Darm mit der Bildung von Saligenin. Das Specifische der antipyretischen Wirkung der Salicylsäurepräparate, liegt nicht in ihrer antiseptischen Eigenschaft, der anomale Stoffwechsel wird durch sie nicht aufgehoben, sie beeinflussen aber die Wärmeabgabe des Organismus und bringen so durch Erhöhung dieses Quotienten die Erniedrigung der Temperatur hervor. Der erhöhte Stickstoffumsatz dauert nicht allein während des Gebrauches der Salicylsäurepräparate, sondern auch noch mehrere Tage nachher fort, welches letztere Factum für ihre Beeinflussung des Nervensystems spricht.

Kresling.

An die Redaction eingesandte Bücher und Brochüren.

Vorlesungen über Kinderkrankheiten im Alter der Zahnung von Prof. Dr. Max. Kassowitz. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1892.

Electricity in Carcinoma by Robert Necoman. M. D. reprinted. from the Times and Register. Philadelphia, 1891.

Weitere Mittheilungen über Spermin Prof. Dr. A. Poehl. Sonderabdr. aus Berl. klin. Wochenschr. 1891. № 39.

Lorenz. Taschen-Kalender für Aerzte. 1892. V. Jahrgang. Berlin, Vergl. des Berl. Lith. Instituts.

Oesterreichischer Medicinal-Kalender für 1892 herausgeg. von Dr. Theodor Wiethe. Wien. C. Fromme. Preis 3.20 Mrk.

Jubiläums Katalog von Rud. Mosse's Annoncen-Expedition 1867—1892.

Deutschlands Gesundheitswesen von Prof. Dr. A. Guttstadt. II Theil. Leipzig. G. Thieme. 1891. Preis 10 Mrk.

Dr. Paul Börners Reichs-Medicinal-Kalender für Deutschland auf d. Jahr 1892. II Theil. Leipzig. Thieme.

Озеро игголь. Медико-топографо-химическое изслѣдованіе проф. Залѣсскаго съ 2 литограф. и 8 хемиграф. рисунками. Томскъ. Типо-литографія Михайлова, 1892.

Lehrbuch der Hygiene des Auges von Prof. Dr. Herm. Cohn, mit zahlreichen Holzschnitten. Erste Hälfte. Wien u. Leipzig. Urban und Schwarzenberg. 1891. Preis 4 Mrk.

Die Gelenkwassersucht von Dr. K. Schuchardt mit 1 lithogr. Tafel. Jena. G. Fischer. 1892. Pr. 2.50 Mrk.

Grundriss der normalen Histologie des Menschen für Aerzte und Studirende von Prof. Dr. S. L. Schenk. 2 umgearbeitete Aufl mit 202 Holzschnitten. Wien u. Leipzig. Urban u. Schwarzenberg. 1891.

Дозв. ценз. Спб. 28 Февраля 1892 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Wienecke, Katherinenhofer-Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 3. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1892.

Wratsch 1891. № 45–52.

A. A. Muratow: «Zur Frage von der radicalen Behandlung bedeutender Diastasen der geraden Bauchmuskeln nach Geburten». (45).

Ein Fall, in welchem genannte Diastase durch blutige Anfrischung und Naht (Seide) geheilt wurde, giebt Verf. zu dieser Veröffentlichung Veranlassung, welche übrigens nicht Neues bietet.

A. P. Golow: «Zur Statistik der Fälle von spontaner Heilung multipler Fibromyome der Gebärmutter». (45),

Die Fibromyome sassen sumucös und wurden unter wehenartigen Schmerzen aus dem Uterus ausgestossen, worauf das Befinden der Pat. ein ausgezeichnetes wurde.

D. D. Popow: «Die Zeit des Auftretens und die allmälige Verbreitung niederer Organismen im Verdauungs-Fractus der Thiere». (Nr. 40—43, 45).

Nach Untersuchungen Verf's. enthält 1) das Meconium des Foetus unter physiologischen Bedingungen weder aërobe noch anaërobe Mikroben; künstlich inficirt giebt es einen guten Nährboden zur Entwickelung von Mikroorganismen ab. 2) hängt die Zeit des Auftretens und die Verbreitung der Mikroben im Darme ab von der Milchaufnahme. 3) ist die Speiseröhre in den ersten Stunden des extrauterinen Lebens die einzige Eintrittspforte für Mikroben und ihre Sporen. 4) treten in mikroskopischen Praeparaten aus frischem Meconium die vegetativen Formen der Bakterien erst einen Tag nach der Geburt auf.

A. M. Korolko: «Ueber die Diagnose verschiedener Mikroorganismenarten des Sumpffiebers und über die Behandlung derselben mit Alaun». (46).

R. M. Wolfson: «Einige Fälle von Vergiftung mit Samen von Ricinus communis L.». (46).

In den 5 von der Verf. beobachteten Fällen traten Erscheinungen von Seiten des Darmkanales in den Vordergrund. ½—3 Stunden nach dem Genuss der Samen stellte sich Uebelkeit, Erbrechen, Schmerz im Epigastrium, Schwäche, kalte Extremitäten, Krämpfe in der Unterschenkelmuskulatur, Angstgefühle, Cyanose, kalter Schweiss, kleiner und beschleunigter Puls und bedeutende Herzschwäche ein.

I. M. Subbotin: «Zur Frage von dem sanitären Zustande der Bauernhäuser im Rjasanschen Kreise». (45, 46).

A. A. Nowizki: «Der gegenwärtige Stand der Kaiserschnitt-Frage bei relativen Indicationen». (47).

W. W. Stroganow: «Ein Fall von Atresia hymenalis». (47).

N. P. Marjantschik: «Ein Fall von partieller Verwachsung der Placenta mit der Gebärmutter und einige Worte über die Therapie solcher Zustände». (47).

Der Beschreibung eines einschlägigen Falles schliesst sich eine oberflächliche kritische Besprechung der therapeutischen Massnahmen an, zu deren Schluss Verf. die manuelle Entfernung der adhärenten Placenta für das geeigneteste Verfahren erklärt.

G. G. Swjaginzew: «Zur Frage von der diätetischen Bedeutung der Malzextracte». (48).

Nach S. besitzen die Malzextracte 1) keinen bemerkenswerthen Einfluss auf den Umsatz. 2) keinen Nährwerth, sowohl was die sie enthaltenden Eiweissstoffe, als auch was die Diastase anbetrifft; einigen Nährwerth besitzen sie in dem grossen Gehalte an Kohlehydraten. 3) Die Verordnung von Malzextracten in den gebräuchlichen Dosen hat daher gar keinen Werth. 4) In Bezug auf ihren Nährwerth entsprechen die Extracte durchaus nicht dem hohen Preise und können mit grösserem Nutzen durch andere zuckerhalttge Substanzen ersetzt werden.

I. N. Kazaurow: «Zur Therapie der Thränensackfisteln». (48).

W. N. Burlakow: Beobachtungen und Facta aus der landärztlichen Praxis». (48).

1) Zur Frage von der Leitung der Geburten bei engem Becken. (3 Fälle).

N. A. Jurmann: «Ein Fall von Gelenkkörper im Kniegelenk». (49).

I K. Strshelbizki: «Einige Bemerkungen in Betreff der Kopfschmerzen bei Landleuten». (49).

I. G. Master: «Die iatroleptische (cutane) Methode der Darreichung von Chinin in der Kinderpraxis». (49).

Weil die auf diese Weise eingeführte Chininmenge nicht genau dosirt werden kann und desshalb von schwacher und unbeständiger temperaturherabsetzender Wirkung ist, hält M. auf Grund seiner Erfahrungen die iatroleptische Methode in der Kinderpraxis für wenig geeignet.

I I. Kriwjatkin: «Velociped und Herzgymnastik». (50).

A. N. Dmitrijew: «Atropin als Haemostaticum». (50).

Nach Erfahrungen D.'s besitzt das Atropin bedeutende blutstillende Eigenschaften, welche dadurch zu erklären sind, dass das Atropin in geringen Dosen eine Contraction der Gefässe bewirkt. In seiner Wirkung kommt das Atropin daher dem Hydrastin und Hydrastinin nach.

P. Jasnizki. «Zur Frage von der Assimilirung von Fetten und N. bei gemischter Milchdiät unter dem Einflusse von Kalkwasser». (50).

(Vorläufige Mittheilung).

M. B. Blumenau: «Zur Frage von den Recidiven des Abdominaltyphus». (49, 50).

Die Dauer eines Recidives ist nach B.'s Beobachtungen um so kürzer, je kürzer die fieberlosen Intervalle sind d. h. je früher das Recidiv auftritt, desto geringer ist durchschnittlich die Dauer desselben und umgekehrt. Ferner zeigen die Zahlen B.'s, dass bei längerer Dauer der primären Erkrankung das Recidiv verhältnissmässig kürzer ist.

I. Sawadski: «Zur Frage von der Wirkung tiefer In- und Exspirationen auf die Assimilirung und den N-Umsatz bei gesunden Menschen». (51).

(Vorläufige Mittheilung).

A. A. Falkenberg: «Tabak und Bakterien». (51).

Auf Grund seiner Untersuchungen spricht sich F. dahin aus, dass das Rauchen, wie es gewöhnlich geübt wird, durchaus keine vorbeugende Wirkung ausübt, wobei besonders das Nikotin keine Rolle spielt. Länger andauerndes Rauchen wirkt ähnlich wie Räuchern, doch wirkt der Tabaksrauch nicht intensiver als der Rauch anderer Substanzen.

J. E. Möhlenfeld: «Die Tetrirmethode zur quantitativen Bestimmung des Kalium und Natrium». (51).

P. M. Satschinski: «Ein Fall vom Atresia hymenalis». (51).

A. P. Kurenkow: «Der Einfluss frischen Kälberblutes auf die Assimilirung und den N-Umsatz bei gesunden Menschen». (52).

(Vorläufige Mittheilung).

M. B. Blumenau: «Zur Lehre von den abortiven Formen des Typhus». (51, 52).

Auch B. sieht in der Steigerung der Körperwärme ein wichtiges Moment im Kampfe des Organismus mit den Infectionskeimen. Die bedeutenden Temperaturerhöhungen, welche den abortiven Formen des Typhus eigen sind, scheinen dennoch hemmend auf die Weiterentwickelung der Typhusbacillen einzuwirken und sind mithin als Abortivmittel anzusehen.

Dobbert.

Medizinskoje obosrenije 1892. № 1–3.

L. Popow: «Ueber den Pulsus differens der Radialis als Symptom einer Stenose des linken venösen Ostium». (Nr. 1).

Viele Autoren haben sich mit dem Zustandekommen und der Ursache des Pulsus differens bei verschiedenen Erkrankungen beschäftigt; es finden sich aber in der einschlägigen Literatur keine Angaben über das Auftreten eines verschiedenen Radialpulses bei Herzerkrankungen. Popow hat nun dieses Symptom häufig bei Krankheiten des Herzens im Stadium der Compensationsstörung seinen Schülern demonstriren können; besonders

deutlich war es bei Stenose des linken venösen Ostium ausgesprochen. Man constatirte, dass der Puls in der linken A. radialis viel schwächer war, als in der rechten, zuweilen sogar nicht fühlbar. In einzelnen Fällen, wo der Puls nicht allzuschwach war, gelang es diesen Unterschied sphygmographisch zu demonstriren. Die spätere Autopsie ergab, dass keine besonderen Ursachen für den verschiedenen Puls vorgelegen hatten. Zur Erklärung dieser Thatsache lässt Popow folgendes Raisonnement gelten: Bei Stenose des linken venösen Ostium und Insufficienz der Mitralklappe findet man, namentlich im Stadium der Compensationsstörung eine colossale Dilatation und Hypertrophie der linken Vorkammer, dieselbe ist besonders vergrössert nach oben, hinten und aussen d. h. nach der Richtung, wo derjenige Theil des Aortenbogens sich befindet, von welchem die Aa. carotis und subclavia ihren Ursprung nehmen; namentlich die Subclavia liegt ganz in der Nähe des äusseren Theiles des Atrium und des linken Herzohres, das ebenfalls stark vergrössert ist. Es ist deshalb leicht möglich, dass die Subclavia einen Druck erleidet. Es kommt noch hinzu, dass die linke Radialis länger und weiter entfernt ist vom Herzen, als die rechte; dass die linke Subclavia unter spitzem Winkel aus der Aorta entspringend sich nach unten und aussen wendet, während die rechte Subclavia, aus dem Truncus anonymus hervorgehend, einen viel stumpferen Winkel beschreibt; dass der Pulsus differens namentlich bei jungen Individuen hervortritt, bei welchen das Herz höher liegt, als bei alten. Popow schreibt dem von ihm zuerst gewürdigten Symptom eine grosse diagnostische Bedeutung zu.

Koslowski: «Doppelseitige Facialisparalyse und Taubheit traumatischen Ursprungs». (Nr. 1).

Ein Soldat fiel mit einem Balken, den er in der Hand hielt, in's Wasser, wobei er die linke Kopfhälfte mit diesem Balken beschädigte. Es wurde constatirt: starke Blutung aus den Ohren und der Nase, Bluterbrechen, unklare Stimme, Schmerzen in der linken Schläfengegend, wo auch eine Anschwellung bestand. Nach einer zweimonatlichen Behandlung waren folgende Symptome nachgeblieben: vollständige Lähmung aller mimischen Muskeln des Gesichtes, Lagophthalmus paralyticus, Erweiterung der linken Pupille auf das Doppelte im Vergleich zur rechten Pupille, schwache Lichtreaction der linken Pupille, Taubheit (links stärker ausgeprägt, als rechts) Erschwerung der Augenbewegungen nach oben. Verf. nimmt eine Läsion der Nervenstämme an in dem intracraniellen Verlauf derselben bis zum Ganglion geniculi d. h. in dem Gebiet, wo die 7. und 8. Nervenpaare zwischen der Varolsbrücke und dem verlängertem Mark hervortretend, auf der hinteren Fläche der Pyramide des Os temporale zum Porus acusticus sich hinbegeben. Als Grundlage für diese Nervenläsion nimmt Verf. eine Fissur der Schädelbasis an, welche quer durch die mittlere Grube geht und zwar durch die Pyramide des linken Os frontale, wobei die Paukenhöhle und das Labyrinth eröffnet wurden. Diese Fissur reicht bis zum Os frontale dextrum hinan.

A. Walk: «Zur Casuistik der Hirnsyphilis». (Nr. 1) Krankenbericht.

M. Strisower: «Salicylsaures Natron und Salol bei Gallensteinen». (Nr. 1).

Beide Mittel haben dem Verf. bei Gallensteinen sehr gute Dienste geleistet, so dass er die Anwendung des Morphiums einschränken konnte. In der Periode der Koliken verordnet er 0,6 Antipyrin stündlich (2 mal); sind diese vorüber, so giebt Verf. salicylsaures Natron oder Salol 3—4 mal täglich à 0,6. Unter solch' einer Behandlung wurden die einzelnen Kolikanfälle immer seltner und schwanden schliesslich gänzlich. Verf. glaubt, dass man mit diesen Mitteln bessere Resultate erzielen könne, als mit einer Carlsbader Cur.

P. Modlinski: «Zur Frage der Behandlung unter feuchtem Schorf». (Nr. 2).

Es war namentlich Schede, der die plastische Fähigkeit des Blutes würdigte und das Blut in der Wunde oder in den grösseren Defecten beliess in der Absicht, eine schnellere Heilung und Ausfüllung der Defecte zu erzielen. Seine Behandlungsmethode ist aber jetzt fast gänzlich verlassen worden. Verf. räth diese Methode bei grossen Defecten, besonders des Knochengewebes, anzuwenden; er erzielte mit ihr sehr gute Resultate, so bei Osteomyelitiden, Knochenabscessen, bei Unterschenkelgeschwüren, die das Periost des Knochens bereits ergriffen hatten. Es gelang ihm mit Hülfe der Schede'schen Methode in 15—20 Tagen Knochendefecte zur Heilung zu bringen, welche bei Anwendung anderer Methoden eine viel längere Zeit in Anspruch nehmen würden.

A. Walk: «Ein Fall von idiopathischer Gangraen der unteren Extremität». (Nr. 2).

Ausführliche Krankengeschichte.

Derselbe: «Ein Fall einer Darmperinäalfistel traumatischen Ursprunges». (Nr. 2).

Eine 14jährige Bäuerin erlitt beim Baumklettern eine Verletzung am Damm durch einen spitzen Baumzweig, dabei fühlte sie starke Schmerzen im Leibe. Nur mit Mühe gelang es die Blutung zu stillen. Am anderen Tage bemerkte sie, dass Winde und Faeces durch die Wunde abgingen. Die innere Fistelöffnung befand sich im Rectum. Ein chirurgischer Eingriff wurde abgelehnt. Sowohl die äussere als auch die innere Fistelöffnung heilten in einigen Wochen, und die Patientin wurde nach einem Monate vollständig hergestellt.

H. Sachs: «Ein Fall von Haemelytrometra unilateralis bei Uterus duplex separatus». (Nr. 2).

Bei einer 18jährigen Frau bestand eine Atresia vaginalis sinistra, welche eine Haematometra und Haematokolpos bedingt hatte. Die genaue Untersuchung ergab einen doppelten Uterus und eine doppelte Scheide, von denen die rechte Scheide offen war, die linke abgeschlossen. So erklären sich die starken Molimina menstrualia, während die Menstruation doch von statten ging. Die sich hervorwölbende cystöse Geschwulst — die stark erweiterte linke Scheide — wurde incidirt, und es floss eine theerartige Masse heraus. Nach einigen Tagen wurde die Incisionsöffnung erweitert und mit der Schleimhaut der rechten und linken Vagina umsäumt. Nach einiger Zeit stellte sich die Patientin wieder vor, und Verf. constatirte Gravidität des rechten Uterus. Sachs legt besonderes Gewicht auf die von ihm angewandte zweizeitige Methode der Eröffnung des Blutsackes; die Gefahr einer eventuellen Berstung der Tubensäcke werde dadurch geringer.

G. Hellmann: «Ein Fall von Scharlach bei einer Gebärenden». (Nr. 2).

Bei einer 27jährigen Primipara traten einige Tage vor der Geburt des Kindes (die übrigens einen Monat vor dem normalen Termin eintrat) Kopfschmerzen, Angina und Fieber auf. Die Geburt ging normal von Statten. Im Puerperium hielt das Fieber an. Es stellte sich blutig-grauer stinkender Ausfluss aus der Nase ein. Die Perinaealwunde bedeckte sich mit festen, grauen Membranen, und schliesslich trat das Scharlachexanthem auf. Exitus letalis. Verf. glaubt Septicaemie ausschliessen zu können und hält den Fall für eine ausgesprochene Scarlatina. Doch sind die Beweisgründe durchaus nicht überzeugend, vielmehr die Annahme einer Septicaemie eher gerechtfertigt. (Ref.).

L. Darkschewitsch: «Ein Fall von chronischer Poliomyelitis». (Nr. 3).

Verf. beschreibt ausführlich einen Fall von Muskelatrophie, der in der Nervenklinik der Moskauer Universität beobachtet wurde und bei der Section das anatomische Bild der Poliomyelitis chronica aufwies. Solche Fälle mit Sectionsresultat sind bisher nur von einzelnen Neurologen veröffentlicht worden. Bei dem 48jährigen Patienten wurde constatirt: stark ausgesprochene Atrophie der Hals- und Nackenmuskeln, der langen Rückenmuskeln, der Cucullares und der Pectorales; vollständiges Fehlen der mm. supra-infraspinatus und deltoideus; Atrophie der Vorderarmmuskeln, namentlich auf der Streckseite, die kleinen Handmuskeln rechterseits stark atrophisch, linkerseits nicht so bedeutend; die Muskeln der unteren Extremität sind schwächer als normal. Die Muskeln der oberen Extremität zeigen die partielle Entartungsreaction. Die Reflexe, vom m. triceps ausgelöst, fehlen. Der Patellarreflex ist vorhanden. Fussclonus fehlt, ebenso fehlen die Plantarreflexe. Von Seiten der nn. faciales, hypoglossi, trigemini keine Abnormität. Die Sensibilität normal. Patient starb in Folge Paralyse des Diaphragma. Bei der mikroskopischen Untersuchung des Rückenmarks constatirte Verf.: eine Verringerung der Zahl und ausgesprochene Atrophie der Ganglienzellen der Vorderhörner, namentlich im Halstheile des Rückenmarks, in der Grundsubstanz der Vorderhörner war das Netz der Nervenfasern atrophisch, die Deiterschen Zellen waren stark ausgewachsen, namentlich im Halstheile. Die Capillaren und kleinen arteriellen Gefässe in den Vorderhörnern waren mit Formelementen des Blutes gefüllt, in ihrer Umgebung Blutaustritte. In der Vorderseitenstrangbahn waren die Nervenfasern atrophisch. Die vorderen Wurzeln der Cerebrospinalnerven waren in ihrem intraspinalen Verlauf atrophisch, jedoch nicht in hohem Grade, die hinteren Wurzeln normal; der N. phrenicus stark atrophisch. Eingehender wurden auch die atrophischen Muskeln untersucht; hier fanden sich die bekannten Veränderungen vor. Die Muskulatur des Diaphragma musste aber als normal bezeichnet werden: die contractile Substanz war nicht im Geringsten verändert, die Zahl der Muskelkerne war normal, die intermusculäre Substanz nicht verstärkt. — Verf. sucht seine Meinung zu begründen, dass die chronische Poliomyelitis eine einheitliche Krankheit darstelle und mit der amyotrophischen Lateralsklerose nicht zu identificiren sei.

Abelmann.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej. 1891. Mai—December (Nr. 5—12).

K. F. Slawjanski: «Retentionscysten der Tuben» (Hydrosalpinx, Pyosalpinx, Haematosalpinx, Cystes tuboovariales). (Nr. 3 u. 5). (Fortsetzung des Cyclus von Vorlesungen).

Sorgfältige Angaben über patholog. Anatomie, Symptome, Verlauf, Diagnose und Prognose dieser Erkrankungen so wie eingehende Besprechung der Therapie zeichnen diese Vorlesungen aus.

D. Schtschetkin: «Ueber penetrirende Zerreissungen der Scheidengewölbe bei Gebärenden». (Nr. 5, 6).

Zwei beobachtete Fälle, von welchen einer letal, der andere mit günstigem Ausgange verlief, geben Verf. Veranlassung benannte Vorfälle während der Geburt einer eingehenden Besprechung zu unterziehen. In der Literatur hat S. nur 80 Fälle von Kolpoparrhexis finden können und zwar ist in 8 Fällen ein vollständiges Abreissen der Gebärmutter verzeichnet, in 36 Fällen Ruptur des hinteren, in 24 Fällen eine solche des vorderen Scheidengewölbes, in 6 Fällen Ruptur des linken, in 2 Fällen des rechten Scheidengewölbes. In 4 Fällen fehlen genauere Angaben. Von Interesse ist, dass in 51 Fällen die Ruptur vor operativen Fingriffen, in 13 Fällen nach Anlegung der Zange, in 5 Fällen nach Wendungen, in 2 Fällen nach Kephalotripsie und je in einem Falle bei Entwickelung des nachfolgenden Kopfes, bei manueller Entfernung der Placenta und bei Anwendung heisser Douchen erfolgte.

Bei Besprechung der aetiologischen Momente unterzieht Verf. die grob anatomischen Veränderungen einer ausführlichen Durchmusterung, während die feineren mikroskopischen Veränderungen der Gewebe fast mit Stillschweigen übergangen werden.

Was die Therapie anbetrifft, so schliesst S. dieses Capitel mit folgenden Schlusssätzen: 1) Erfolgt während der Geburt eine Ruptur des Scheidengewölbes und prolabirt die Frucht in die Bauchhöhle, sei es auch nur theilweise, so ist zur Laparotomie zu schreiten. 2) Zange, Wendung auf den Fuss, Kraniotomie etc. sind bei Anwesenheit des Kindes in der Bauchhöhle contraindicirt. 3) Ist eine Kolpoparrhexis nach der Geburt constatirt, so *ist* die Laparotomie besser als alle anderen Behandlungsmethoden im Stande, die Pat. vor dem Tode an innerer Verblutung zu retten. 4) Bei Ruptur des Scheidengewölbes mit Abhebung des Bauchfelles ohne Verletzung desselben, ist die Laparotomie nicht indicirt, es sei denn dass ganz besondere Indicationen vorhanden sind. Hier ist Tamponade und Druckverband anzuwenden. 5) Frauen mit engen Becken, welche schon einmal eine Kolpoparrhexis überstanden haben, sind bei folgenden Geburten noch grösseren Gefahren ausgesetzt.

G. A. Holzmann: «Zur Frage von der Dammbildung nach der Lappenmethode (Lawson-Tait) (Nr. 5—6).

Nach einleitenden Worten, in welchen die 3 Haupttypen der Perinaeoplastik-Operationen (Meth. von Simon-Hegar, Freund, Lappenmethode) einer kritischen Beleuchtung unterzogen werden, geht Verf. zur Schilderung der Resultate über, welche Himmelfarb in 13 Fällen mit der Lappenmethode erzielte. Die Vorzüge der Simon-Hegar'schen und Freund'schen Methoden für einige Fälle nicht leugnend, hält doch H. die Lappenmethode für die einzig richtige, wenn vollständig normale Verhältnisse, sowohl in physiologischer als auch anatomischer Beziehung erzielt werden sollen.

M. Mironow: «Veränderungen der Schleimhaut des Corpus uteri bei Carcinom der Portio vaginal. der Cervix». (Nr. 5—6).

Die sehr sorgfältigen, an 45 Praeparaten aus der Leopold-schen Klinik in Dresden angestellten Untersuchungen haben ergeben, dass bei Carcinom der Portio die Cervixschleimhaut in der Mehrzahl der Fälle entzündlich verändert ist. Das Gewebe der Cervix pflegt verhältnissmässig lange von der krebsigen Infiltration frei zu bleiben, obgleich auch solche Fälle beobachtet werden, wo die krebsige Infiltration schon verhältnissmässig früh den inneren Muttermund ergreift. Was die Schleimhaut des Corpus anbetrifft, so scheinen die Veränderungen, welche in derselben gefunden werden, nicht in directem Zusammenhang mit dem Portiocarcinom zu stehen. Ist die krebsige Entartung auf die Portio allein beschränkt, so bietet die Corpus-Schleimhaut keine specifischen Veränderungen dar.

A. L. Ebermann: «Ueber Urethritis beim Weibe». (Nr. 5—6).

S. W. Ter-Michaeljanz: «Zur Frage von der Hysteropexia abdominalis anterior» (Nr. 5—6).

Beschreibung eines Falles, in welchem die Operation wegen vollständigen Vorfalles der Gebärmutter und Scheide mit gutem Erfolge ausgeführt wurde.

D. Ott: «Fauliger Zerfall eines submucösen Fibroms als Indication zur vollständigen Entfernung der Gebärmutter». (Nr. 7—8).

Ueber faustgrosses jauchendes Fibrom, beginnende allgemein septische Infection, Unmöglichkeit die Geschwulst per vaginam zu entfernen. Vollständige Entfernung des Uterus durch Laparotomie nach vorhergehender Auslösung des Collum aus seiner seitlichen und vorderen Verbindung von der Scheide aus.

Günstiger Ausgang.

A. Krassowski: «Medicinischer Bericht der St. Petersburger Gebäranstalt pro 1890». (Nr. 7—8).

Im Laufe des Jahres 1890 fanden im Ganzen in der Anstalt 4077 Geburten statt mit einer Mortalität von 0,56 pCt. (an Sepsis nur 0,31 pCt.).

G. Pajurowski: «Ueber Tamponade der Gebärmutter bei Blutungen nach der Geburt». (Nr. 7 u. 8).

Die guten Erfolge, welche P. in 26 Fällen in der Tolotschinow'schen Klinik von der Tamponade bei Gebärmutterblutungen gesehen, veranlassen ihn zur kurzen Wiedergabe der Krankengeschichten dieser Fälle. Nach Verf. ist die Tamponade mit Jodoform- oder Salicylmarly das sicherste blutstillende Mittel und hat den Vorzug vor allen bis jetzt zur Stillung von Blutungen nach der Geburt vorgeschlagenen Mitteln, sowohl was die Sicherheit und Schnelligkeit der Wirkung, als auch die Leichtigkeit der Anwendung anbetrifft.

I. M. Lwow: «Mola vesiculosa». (Nr. 7—8).

Angaben aus der Literatur folgt eine genaue Beschreibung von 4 Fällen, welche Verf. in 11 Jahren (ca. 6000 Geburten) zu beobachten Gelegenheit hatte.

P. Ssadowski: «Die Lappenmethode bei Operation der Atresia ani vestibularia». (Nr. 7—8).

J. Gurewitsch: «Ein Fall von Chylocystis myxomatosa mesenterii». (Nr. 7—8).

Casuistischer Beitrag.

I. M. Lwow: «Ein Fall von angeborener Missbildung des Foetus». (Nr. 7—8).

Ausgetragener, gut entwickelter Knabe, bei welchem bei normaler Schädelformation, doppelte Nasen, Mund- und Unterkieferbildung beobachtet wurde.

Das Kind lebte 11 Tage.

N. W. Jastrebow: «Ueber den conservativen Kaiserschnitt». (Nr. 9).

Bericht über 3 Fälle, in welchen die Operation 2 mal mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind und einmal mit ungünstigen Ausgang für die Mutter ausgeführt wurde.

M. A. Woskressenski: «Ueber Ansammlung von Flüssigkeit in den Tuben». (Nr. 9).

Experimentelle Untersuchungen an Thieren bestätigen die Ansicht Slawjanski's, dass eine Verwachsung des Ostium uterin. tubae allein zu keiner Ansammlung von Flüssigkeit im Eileiter führt, während eine Verwachsung der abdominalen Oeffnung sogleich eine Stauung des Secretes im äussersten Theil der Tube zur Folge hat. Nach den allerdings nicht zahlreichen Experimenten ist ferner wahrscheinlich, dass eine Infection der Tube mit entzündlichen und Bakterien enthaltenden Flüssigkeiten von der Gebärmutter aus nicht so leicht erfolgt wie es a priori hätte angenommen werden können.

N. M. Kukuschkin: «Zur Frage des Geschlechtslebens der Frauen in der Stadt Tambow». (Nr. 9).

I. I. Fedorow: «Ein Fall von conservativem Kaiserschnitt bei absoluter Beckenenge. (Nr. 9).

Kasuistischer Beitrag.

A. N. Ssolowjew: «Die Erfolge der operativen Behandlung der Flimmerpapillarcystome der Eierstöcke» (Nr. 10).

Nach Wiedergabe der Krankengeschichte eines glücklich operirten Falles bespricht S. an der Hand in der Literatur vorhandener Angaben die Entstehung, den anatomischen Bau dieser Geschwülste und die Indicationen und Contraindicationen zur Entfernung derselben. In Betreff der Therapie macht S. folgenden Schluss: falls es unmöglich ist ein Flimmerpapillarcystom vollständig zu entfernen, muss der Rest in die Bauchwunde eingenäht werden, wobei eine zu starke Zerrung der restirenden Sackwände zu vermeiden ist.

A. F. Brandt: «Zur Bakteriologie des Uteruskörpers bei Endometritiden». (Nr. 10).

(Vorläufige Mittheilung).

A. A. Anufrijew: «Zur Frage von den Blasen-Cervix-Fisteln und Beschreibung von 5 Fällen in welchen solche Fisteln vollständig geheilt wurden». (Nr. 10).

N. A. Ssalmanow: «Zur Frage von der vaginalen Totalexstirpation der Gebärmutter». (Nr. 10).

S. giebt kurze Literaturangaben und beschreibt einen Fall von vaginaler Totalexstirpation mit günstigem Ausgang.

A. Th. Chelminski: «Zur Casuistik der Laparotomien bei intraligamentären Ovarialcysten». (Nr. 10).

Beschreibung eines glücklich operirten Falles von rechtsseitiger Parovarialcyste. (Länge 12,5, Breite 8 Cm. mit 210 Cub. Cm. serösen Inhaltes).

A. Krassowski: «7 Hysteromyomotomien». (Nr. 11).

Die Stielversorgung war in 6 Fällen intraperitoneal (2 Todesfälle); in 1 Falle extraperitoneal (Heilung).

A. F. Brandt: «Zur Lehre von dem primären Lymphosarkom der Gebärmutterschleimhaut». (Nr. 11).

Ausführliche Beschreibung der makro- und mikroskopischen Befunde, welche Verf. in einem Falle zu beobachten Gelegenheit hatte.

D. Ott: «Ein Instrument zur Fixation des Gummischlauches». (Nr. 11).

N. M. Kokuschkin: «Drillingsgeburt, complicirt mit Eklampsie». (Nr. 10).

Casuisticher Beitrag.

I. Tyschko: «Zur Casuistik der Extrauteringravidität». (Nr. 11).

Beschreibung eines Falles von rechtsseitiger Tubengravidität, welche bedeutende intraabdominelle Blutung ohne Ruptur der Tube erzeugt hatte und glücklich durch Laparotomie geheilt wurde.

S. A. Istomin: «Zur Casuistik der Abreissung des Kopfes bei gewaltsamer Extraction der Frucht an den Füssen». (Nr. 11).

P. T. Neustube: «Hyperemesis gravidarum perniciosa und ihre Behandlung mit Cocain». (Nr. 12).

Mit kurzen Worten den physiologischen Vorgang des Brechactes und die Theorie Schiff's berührend, weist Verf. darauf hin, wie mangelhaft alle bis jetzt in der Literatur verzeichneten Erklärungen in Bezug auf die ursächlichen Momente dieser perniciösen Erkrankung sind und geht darauf zur Entwickelung seiner Theorie über.

Die Ursache des Erbrechens im Allgemeinen, mithin auch diejenige des unstillbaren, ist in einem Reize des verlängerten Markes zu suchen. In ähnlicher Weise wie es bei dem Kleinhirn constatirt ist (psychische Centra), scheint auch das verlängerte Mark bei Frauen sich von demjenigen der Männer zu unterscheiden. Die periodischen Schwankungen in der Blutcirculation, welchen der weibliche Organismus unterworfen ist (Menstruation, Schwangerschaft) mögen sich als Reize von dem Beginne der Menstruation bis zur Schwangerschaft summirend eine solche Grösse erreichen, dass in Folge dessen Erbrechen, und bei reizbareren Individuen unstillbares Erbrechen hervorgerufen wird.

Einen Beweis für die Richtigkeit seiner Theorie, dass wie gesagt, die Ursache des unstillbaren Erbrechens in einem allmäligen periodischen Anwachsen von Reizen im Brechcentrum des verlängerten Markes zu suchen ist, sucht N. in der Therapie dieses Leidens zu liefern. Die verschiedenen gebräuchlichen Mittel ihrer ungenügenden Wirkung wegen verwerfend, hält N. das Cocain für das rationellste Praeparat, weil dasselbe auf die Nervencentra im verlängerten Mark und auf die sensiblen Nervenendigungen in der Cardia und zugleich auch noch auf psychomotorische Centra im Kleinhirn einwirkt, welch letztere bei der Hyperemesis gleichfalls eine Rolle spielen.

Es werden einige Fälle angeführt, in welchen das Cocain die gewünschte Wirkung hatte.

I. I. Fedorow. «Ein Fall von Haematoma vaginae polyposum während der Schwangerschaft». (Nr. 12).

S. A. Istomin «Ein Fall von artificiellem Abort in der 23. Schwangerschaftswoche, ausgeführt in Folge von Absterben der Frucht und bedeutender Retroflexion der Gebärmutter». (Nr. 12).

P. A. Dobradin. «Ein Fall von schwieriger Entfernung eines Pessar's aus der Vagina». (Nr. 12).

Dobbert.

Chirurgitscheskij westnik 1892. (Februar).

M. M. Kusnezow: «Materialien zur Lehre von der Aseptik und der trockenen, aseptischen Operations- und Wundbehandlungsmethode». Aus der chir. Facultätsklinik des Prof. W. F. Grube in Charkow.

Ein ausführliches Referat über die Entwickelung der neuesten Wundbehandlungsmethoden, welches nur Allbekanntes enthält. Ein Bericht über die mit strenger Aseptik in Charkow erreichten Resultate soll folgen.

N. Trinkler. «Der solitäre Echinococcus der Milz, seine Diagnose und operative Behandlung». (Fortsetzung).

Fortsetzung aus dem Januarheft, die Beschreibung eines eigenen und die Zusammenstellung von 69 Fällen aus der Literatur enthaltend, auf Grund welchen Materiales das klinische Bild des solitären Milzechinococcus des Breiteren durchgenommen wird.

Grubert.

Aus russischen medic. Gesellschaften.

Auszug aus den Arbeiten der Gesellschaft russischer Aerzte zu St. Petersburg. (1891. April – Juni).

S. Michnow: «Ein Fall von primärem Carcinom der Tuba Fallopiae». (April—Mai).

Ausführlicher Bericht über ein primäres Carcinom der Tuba Fallopiae. In der rechten Tuba eine papillomatöse Geschwulst; in der linken erlitt die anfänglich papillomatöse Geschwulst eine carcinomatöse Entartung. In den Nachbarorganen keine carcinomatösen Bildungen. Es war noch von besonderem Interesse die Combination von epithelialer Neubildung mit Entwickelung von Knorpelgewebe.

Netschajew: N. P. Wassiljew (Nekrolog).

D. Popow: «Zur Frage der Restitution totaler Dammrisse». (April—Mai).

Vortr. beschreibt eine neue Methode der Perinaeoplastik von Lebedew. Die Anfrischungsfigur besteht aus 2 Dreiecken, welche im oberen Defectwinkel durch einen 1 Cmt. breiten Anfrischungsstreifen verbunden werden; das Septum rectovaginale wird zuerst an dieser Stelle gespalten. Die eingezogenen Enden des durchrissenen Sphinkters werden freigemacht. Zur Restitution des Darmrohres werden 2 rectale Lappen abpraeparirt.

W. Kriwuscha: «Ein Fall von Melanose und multiplen melanotischen Bildungen». (April—Mai).

Bei der Pat. fand sich unter der Haut am ganzen Körper eine Masse beweglicher, indolenter, melanotischer, erbsen- bis haselnussgrosser Knoten. Der Harn nahm 3 Mal eine schwarze Farbe an. Bei der Section wurde gefunden: alveoläres Sarkom in der Wurzel der rechten Lunge und in sämmtlichen Bronchialdrüsen, an verschiedenen Stellen Metastasen desselben; melanotische Geschwülste in verschiedenen Organen. In sämmtlichen Organen Pigmentanhäufung in den Bindegewebsinterstitien und im Endothel der Perivascularräume. Im Blut gar kein Pigment, in der Milz sehr wenig. Vortr. meint, dass das Pigment auf metabolischem Wege aus den gewucherten Zellen des lymphatischen Systems entstehe und bezeichnet die melanotischen Geschwülste als Endotheliome. Die Abwesenheit des Pigments im Blut, die Nichtbetheiligung der Lymphdrüsen spricht gegen die metastatische Natur der melanotischen Geschwülste. Die Sarkome in der Lunge sind wegen Pigmentmangel nicht als melanotische zu bezeichnen, sind aber vielleicht die Ursache der Melanombildung gewesen.

Praxin: «Zur Operation des Pes varus». (April—Mai).

Nach einer kurzen Kritik der verschiedenen Operationsmethoden bei Pes varus, kommt Vortr. zum Schluss, dass jede

von denselben vom Standpuncte der pathologischen Anatomie an gewissen Mängeln leide. Er hat daher in einem Falle eine combinirte Methode angewandt: 1) Entfernung des Talus 2) partielle Resection der oberen äusseren Fläche des Calcaneus in Form eines horizontalen Keiles mit der Basis nach aussen 2) Durchschneidung von der Wunde aus sämmtlicher innerer Bänder 4) subcutane Tenotomie der Achillessehne. Der Erfolg war ein guter, die Verkürzung des Beines betrug 4 Ctm.

Stepanow: «Anwendung localer Wärme bei Behandlung von Geschwüren». (April—Mai).

Vortr. stellt auf Grund seiner Beobachtungen folg. Thesen auf: 1) bei Behandlung localer Hauterkrankungen und Geschwüre soll die Anwendung von Wärme eine wichtige Rolle spielen. 2) Die Heilung von Geschwüren geht bei Wärmeapplication viel rascher vor sich, als bei irgend einer anderen Methode. 3) Wärme wirkt sowohl auf syphilitische, als nicht syphilitische Geschwüre. 4) Die wohlthätige Wirkung der Wärme auf die Geschwürsheilung beruht hauptsächlich auf Regulirung der Circulation und auf Besserung der Ernährung der erkrankten Theile. 5) Unter Wärmeeinfluss verschwindet rasch die locale Blutstauung. 6) Wärme wirkt schmerzstillend; 7) Wärme wirkt desto besser, je längere Zeit sie gebraucht wird (6--8 Stunden täglich). 8) Die Application von Wärme mittelst Kautschukbeutel mit heissem Wasser ist anderen Anwendungsmethoden vorzuziehen; Es kommt dabei nicht zur Ekzembildung selbst bei längerem Gebrauch. 9) In pecuniärer Beziehung ist diese Methode sehr vortheilhaft: die Kranken verbleiben eine kürzere Zeit im Hospital, die medicamentöse Behandlung fällt dabei billiger aus.

Nowizki: «Ulcus rodens portionis vaginalis uteri». (April—Mai).

Nach einer kurzen Uebersicht der Literatur des Ulcus rodens folgt eine ausführliche Beschreibung eines vom Vortr. beobachteten Ulcus. Die Symptome waren — sanguinolente Absonderung aus der Scheide und allgemeine Abgeschlagenheit. Die Spiegeluntersuchung ergab ein Geschwür mit unterminirten Rändern, von der Cervixperipherie beginnend und bis zum Fornix reichend, der Fornix intact, der Geschwürsgrund mit rosarothen Papillen bedeckt, die Portio nicht hart, der Cervixcanal normal. Die mikroskopische Untersuchung der excidirten Portio ergab, dass die Geschwürsoberfläche mit mehrschichtigem Pflasterepithel bedeckt war, das Epithel bildet Sprossen in die Tiefe, aber nicht bis zur Muscularis reichend.

M. Janowski: «Ein Fall von Pleuritis mit grossem eitrigem Exsudat, welcher 7 Jahre günstig verläuft, ohne Durchbruch des Eiters nach aussen». (Juni).

Ein seltener Fall von grossem linkseitigem Empyem, wo ohne operativen Eingriff der Zustand des Pat. sich auffallend gebessert hat. Das Exsudat hat an Menge abgenommen, ohne dass es zum Durchbruch nach aussen gekommen wäre. Die erste Probepunction wurde vor 7 Jahren ausgeführt und ergab Eiter, auf die zweite Punction geht Pat. nicht ein, so dass die Natur des jetzt bestehenden Exsudats unbekannt blieb. Vortr. führt triftige Gründe für seine Meinung an, dass eine Operation in diesem Falle nur geschadet haben würde.

A. Lindström: «Beobachtungen über die therapeutische Wirkung des Tuberculins bei Lupus vulgaris, Lepra und Lues». (Juni).

Thesen: 1) Tuberculin hat einen unzweifelhaften Einfluss auf Lupus, da es zum Zerfall der Knoten führt. 2) Gleichzeitig mit dem Zerfall der alten Knoten bilden sich in der Nachbarschaft neue. 3) Auf gleiche Art und Weise wirkt Tuberc. auf lupöse Schleimhäute, mit dem Unterschiede, dass hier die Veränderungen sich langsamer ausbilden. 4) Tub. bringt das junge Bindegewebe bei Lupus fibrosus zur Resorption. 5) Die therapeutische Wirkung des T. ist gering und ist anderen dabei in Anwendung kommenden Mitteln nicht gewachsen. 6) T. wirkt auch bei Lepra, indem es eine locale und allgemeine Reaction hervorruft. 7) Die Wirkung des T. auf syphilitische Granulome steht ausser Zweifel und ist dem analog, was bei Lupus angeführt wurde. 8) T. hat eine diagnostische Bedeutung.

W. Massén: «Einige experimentelle Beiträge zur Tuberculinfrage». (Juni).

Vortr. untersuchte Tuberc. vom pharmakologischen Standpuncte hauptsächlich in Bezug auf seine Wirkung aufs Herz und kam zum Resultate, dass T. ein sehr wenig energisches pharmakologisches Mittel sei und auf den Circulationsapparat (selbst in grossen Dosen bis 9 Gr.) keinen Einfluss habe, also kein Herzgift sei.

W. Kriwuscha: «Zur pathologischen Anatomie und Pathologie des Skorbuts». (Juni).

Ausführliche Beschreibung eines seltenen Skorbutfalles, welcher unter Complication mit Pleuritis und Perikarditis sehr rasch zu letalem Ausgang führte. Die Section ergab multiple Extravasate in verschiedenen Organen, Veränderungen der Form des Gefässendothels, frische Granulationsbildung in der Nähe der Extravasate. Vortr. führt alle diese Veränderungen auf Gefässwandalteration zurück; diese letztere ist durch ein Miasma bedingt.

Ratschinski: «Der Curort Hapsal». (Juni).

Die Heilmittel Hapsals sind Moor- und Seebäder. Die Wirkung sämmtlicher Moorbäder ist bedingt durch ihre Temperatur, Masse und ihre chemische Beschaffenheit. Die Temperatur der Haps. Bäder schwankt zwischen 27° und 29°, kann also die günstige Wirkung der heissen Bäder nicht haben. Die Bäder in Hapsal sind flüssiger Consistenz, können also durch ihre Masse (durch Druck und Reibung) nur eine schwache Wirkung auf die Circulation und insensible Transspiration ausüben. Die Bestandtheile der Moorbäder wirken sowohl mechanisch (suspendirte Theilchen) als chemisch reizend auf die Hautnerven und regen auf diese Weise den Stoffwechsel an; diese letztere Wirkung kömmt den Haps. Moorbädern zu. Vortr. stellt daher folgende Indicationen für die Hapsaler Bäder: Anaemie, Scrophulose, Rhachitis, rheumatische Schmerzen. Wegen ihrer schwachen Wirkung kann Vortr. keine Contraindicationen gegen diese Bäder aufstellen.

Die Discussion dreht sich hauptsächlich darum, dass ohne chemische Untersuchung der Bäder keine Schlüsse auf ihre Wirkung gezogen werden können.

N. Petrow: «Zwei Fälle von Leptothrix des Magens».

Lurje.

An die Redaction eingesandte Bücher und Brochüren.

Repetitorium der med. Hilfswissenschaften IV Th. Zoologie bearbeitet v. Prof. Dr. Otto Taschenberg mit 117 gedr. Abbildungen. Breslau, 1891. Preuss u. Jünger. Pr. 5 Mrk.

Dermatologische Studien. II Reihe. 6 Heft. Beitrag zur Würdigung der medikamentösen Seifen v. Dr. F. Buzzi. Hamburg und Leipzig. Leop. Voss. 1891.

Real-Encyclopädie der Gesammten Pharmacie. Herausg. v. Prof. Dr. E. Geissler u. Prof. Dr. Joseph Möller. Wien u. Leipzig. 1890. Urban u. Schwarzenberg. Pr. pro Heft 1 Mrk., pro Band 15 Mrk. 136—160 Lief.

Die Heilerfolge der inneren Schleimhaut-Massage v. Dr. Carl Laker mit 14 Abbild. Graz. Leuschner und Lubensky. 1892.

Neue therapeutische Mittheilungen über Diuretin-Knoll.

Resultate der Tuberculinbehandlung bei 41 Lungenkranken von Dr. C. Spengler. Davos. Hugo Richter.

Sonderabdr. aus Therap. Monatshefte herausg. von Dr. Osk. Liebreich. I über d. Einpressen des hochstehenden Kopfes in Becken von Dr. A. Holowko. II über Thilamin v. Dr. Edm. Saalfeld.

The surgical treatment of pyloric stenosis. by Prof. Senn.

Thomas v. Huxley: Grundzüge der Physiologie herausg. v. Prof. Dr. J. Rosenthal. III. verbesserte Auflage mit 120 Abbild. Hamburg u. Leipzig. Leop. Voss. 1891, erscheint in 5 Lief. von je 1,50 Mrk.

Traité pratique de Gynécologie par le Dr. A. Auvard avec 525 figures. Paris. Octave. Doin. 1892. Prix 18 fr.

De la chloroformisation à doses faibles et contenues par Dr. Mazcel Boudouin. II édition. Paris, 1892.

Отчетъ Ялтинской городской санитарной коммиссіи за 1890 г.

Einfluss der Influenza auf die Sterbeziffern 1889/1890.

1892.

Die gesundheitsschädliche Tragweite der Prostitution von Dr. O. Lassar. Berlin, 1892. Aug. Hirschwald.

Der Comfort des Kranken von Dr. M. Mendelsohn. 2. Aufl. Berlin, 1892. Aug. Hirschwald.

Lehrbuch der chemischen Physiologie und Pathologie von Prof. Dr. W. D. Halliburton, übersetzt von Dr. K. Kaiser. 1. Abtheil. Heidelberg, 1892. Carl Winter.

Zeitschrift für Naturwissenschaften. herausg. von Prof. Dr. O. Lüdecke. 64. Bd. Leipzig. C. Pfeffer.

Das Scheidensecret und seine Bedeutung für das Puerperalfieber von Dr. A. Döderlein, mit 5 Tafeln in Lichtdruck. Leipzig, 1892. Eduard Besold.

Beobachtungen über die Wirkung des Koch'schen Heilmittels bei Tuberculose innerer Organe von Leo Berthenson. (Sepabdr. Deutsch. med. Woch.).

Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Naturforscher u. Aerzte. 64 Versammlung zu Halle a. S. herausg. v. A. Wangerin u. F. Krause. 1. Th. Die allgemeinen Sitzungen. Leipzig, 1891. F. C. W. Vogel. Pr. 4 Mrk.

Beiträge zur prakt. Elektrotherapie in Form einer Casuistik von Dr. C. Müller. Wiesbaden, 1891. Pr. 3 Mrk.

Einiges über die endarteritischen Veränderungen der Augengefässe von Dr. R. v. Garnier. (Sepabdr. Centralbl. f. Augenh.).

Случай травматической глаукомы. Р. Гарнье. (Sepabdr. Врачъ).

Внутреннія болѣзни въ С.-Петербургскомъ Николаевскомъ военномъ госпиталѣ въ 1890 года. Л. Б. Бертенсона. СПб. 1891 Худековъ.

Къ вопросу о резекціи кишки по поводу ея некроза при внутреннемъ ущемленіи. В. К. Максимова. СПб. 1891. Худековъ.

Руководство къ фармацевтической и медико-химической д-ра N. Hager'а съ прибавленіями проф. А. В. Пеля. Вып. 9 и 10. (Citrus-Fragaria). СПб. К. М. Риккеръ. 1891.

О вліяніи бѣлаго свѣта и разноцвѣтныхъ лучей на газообмѣнъ у теплокровныхъ животныхъ. Дисс. І. Я. Дайча. СПб. 1891. А. Мучникъ.

28 jährige Erfahrung in der Behandlung der Harnröhrenstricturen mit Elektrolyse von Dr. Newmann. (New-York). (Sepabdr.).

Rhus aromatica in the treatment of incontinence of urine. A neuro-topographical bust. Poliomyelitis acuta adultorum. By prof. W. C. Krauss (Buffeln). Sepabdr.

Программа всероссійской гигіенической выставки въ С.-Петербургѣ устраиваемой русскимъ обществомъ охраненія народнаго здравія. СПб., 1891.

Ueber Erkrankungen des Herzmuskels von Dr. P. Hampeln in Riga. Stuttgart. Ferd. Enke. 1892.

«Lebensbuch». Prag. Verlag von G. Neugebaner.

Le rèmede de Koch par Prof. H. W. Middendorp. Paris. Libr. Baillière et fils. 1891. prix 2 fr.

Nouvelles études concernant les bacilles tuberculeux par. Prof. H. W. Middendorp. Paris. Libr. Baillière et fils. 1891. prix 1 fr.

Offenes Sendschreiben an Prof. Theod. Billroth von Moritz Adler. Berlin u. Leipzig. Alfr. Fried. 1892. Pr. 50 Pf.

Elektrotherapeutische Studien von Dr. Arth. Sperling. Leipzig. Griebens Verlag. (L. Fernau). 1892. Pr. 2 Mrk.

Klinisches Recepttaschenbuch von Dr. v. Ackeren. Berlin. S. Karger. Pr. 2,50 Mrk.

Compendium der Augenheilkunde v. Dr. P. Silex mit 27 Fig. u. 1 Durchschn. d. Auges. Berlin. Vrlg. v. S. Karger. Pr. 4,50 Mrk.

Koch's Heilmittel in bes. Beziehung zur Kehlkopfschwindsucht v. Lennox Browne in London, übersetzt v. Dr. med. Laves mit 50 Abbild. Berlin, 1891. Vrlg. von Karger. Pr. 3 Mrk.

Th. Husemann. Arzneimittellehre. J. Springer. Berlin, 1892. 3. Aufl. Pr. 10 Mrk.

Wesener. Med. klin. Diagnostik. Vrlg. v. J. Springer in Berlin, 1892. Pr. 10 Mrk.

Ligation of the great arteries in continuity by Ch. Ballence and W. Edmunds. London. Macmillan und Co. 1891.

Beiträge zur Histiogenese der elastischen Fasern im Netzknorpel u. Ligamentum nuchae v. Dr. J. Heller. Sonderabdr.

Cocainum phenyliticum v. Dr. F. v. Oefele. Separabdr.

Apparatus for collecting water for Bacteriolog Examination by Sam. Dicon. M. D. Separabdr. 1891.

Ein neuer Percussionshammer v. Alb. Salz. Sonderabdr.

Annal address before the state board of health of Pennsylvania by Prof. S. Dixon.

Ueber Umgehung der künstl. Frühgeburt durch diätetische Maassnahmen während der beiden letzten Schwangerschaftsmonate. Sonderabdr.

Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten vom Unna, Morris, Leloir und Dühring. Lief. V. Hamburg und Leipzig. Leopold Voss. 1891.

Anleitung zu ärztlichen Improvisationsarbeiten; im Auftrage des bayr. Kriegsministeriums verf. von Dr. Julius Port. Stuttgart. 1892. Ferd. Enke.

Дозв. ценз. Спб. 28 Марта 1892 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Wienecke, Katherinenhofer-Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 4. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1892.

Medizinskoje obosrenje № 4—6.

A. Solowjew: «Ueber extrauterine Schwangerschaft». (Nr. 4).

Casuistischer Beitrag.

U. Werzinski: «Zur differentiellen Diagnose der Tubengravidität und der Eileiterentzündung». (Nr. 4).

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf ein sehr charakteristisches Symptom zur Unterscheidung der Tubengravidität von der Entzündung der Eileiter und der Ovarien. Dieses Symptom ist bereits 1873 von Thomas beschrieben worden, dann aber in Vergessenheit gerathen, und erst 1889 von Prof. Lebedew in seiner Bedeutung gewürdigt. Es sind nämlich die Schwankungen in der Grösse der Geschwulst für Salpingoophoritis sehr charakteristisch. Das eine Mal erreicht der Tumor die Grösse einer Apfelsine, das andere Mal. oft schon nach einigen Tagen. ist er eben noch constatirbar. Diese periodischen Grössenzu- und abnahmen stehen in enger Beziehung zur Menstruation und Ovulation.

A. Eberlin: «2 Fälle von fehlerhafter Entwickelung der weiblichen Geschlechtsorgane». (Nr. 4).

1. Hypertrophia clitoridis. Stenosis vaginal. incompleta.
2. Vagina subsepta, operirt bei einer Kreissenden.

Sotschawa. «Ein Fall von Luftaustritt aus der Scheide mit hörbarem Geräusch). (Nr. 4).

Bei einer Patientin traten seit einigen Jahren Gase aus der Scheide hervor. sobald sie sich in's Bett legte, oder auf den amerikanischen Schaukelstuhl setzte. Bei näherer Untersuchung constatirte der Autor eine mangelhafte Entwickelung der grossen und kleinen Schamlippen, die ziemlich rigid waren, Prolaps der vorderen Vaginalwand, so dass die Scheide direct der äusseren Luft zugänglich war. Die Luft konnte auf diese Weise unbehindert in die Vagina hineingelangen und durch die Contraction des Constrictor cunni dort bleiben; sobald sich nun die Vaginalwände zusammenziehen, muss die Luft hinausgetrieben werden; und dabei entsteht das Geräusch. Durch eine energische Behandlung des Scheidenvorfalles wurde Patientin von dem äusserst lästigen Zustande befreit.

Modlinski: «Zur Casuistik der Harnblasentumoren. Partielle Resection der Blase». (Nr. 4).

Krankenbericht.

Tipjakow: «Zur Frage des hohen Steinschnittes». (Nr. 4).

Autor ist ein eifriger Anhänger des hohen Blasenschnittes bei Steinoperationen. In 15 Fällen (bei 1—48 Jahre alten Patienten) hat diese Methode ihm ausserordentlich gute Resultate geliefert. ohne dass irgend welche unangenehme Zufälle bei der Operation zu verzeichnen waren.

Bechterew: «Ueber die Striae medullares sive acusticae des verlängerten Markes». (Nr. 5).

Sehr viele Autoren sind der Meinung, dass die sog. Striae acuticae in Beziehung zu den Wurzelfasern des Hörnerven stehen. Verf. hat bereits früher behauptet, dass diese Anschauung wenigstens für die Striae medullares beim Menschen nicht zutreffend sei, da dieselben sich viel später entwickeln, als die Wurzelfasern des Hörnerven. Die Striae nehmen nach Bechterew von der weissen Substanz des Kleinhirns, in nächster Nachbarschaft des Floculus, ihren Anfang und dienen als Comissurenfasern für die basalen Theile des Kleinhirns. Aus der Rinde der Floculuswindung hervortretend, verlaufen die Fasern zunächst an der inneren basalen Fläche des Floculus, steigen am Rande der Kleinhirnhemisphäre (dem Rande, welcher das Corpus restiforme umgiebt) nach oben, um den Seitenrand des Bodens des 4. Ventrikels zu erreichen.

Iljin: «Ueber die Laryngitis syphilitica und deren Behandlung mittels Calomelinsufflation» (Nr. 6).

Verf. hat im Warschauer Militärhospital 67 Fälle von luetischer Erkrankung des Kehlkopfes beobachtet. Die meisten Fälle gehörten dem condylomatösen Stadium an. Gewöhnlich waren noch syphilitische Affectionen an anderen Organen zu constatiren, so dass die Allgemeinbehandlung eingeleitet werden musste. Zur Behandlung des Kehlkopfes wurden die verschiedensten Mittel angewandt (Tannin, Jod, Höllenstein), jedoch keine von diesen Substanzen stellte den Verf. zufrieden. Er fing dann die Behandlung mit Calomel an, indem er das Mittel in den Larynx einstäubte, und binnen kurzer Zeit erreichte er glänzende Resultate. Verf. empfiehlt desshalb die Calomeleinstäubung auf das Wärmste.

D. Gorochow: «Zur Behandlung des gummösen Stadiums der Syphilis mit Injectionen gelben Quecksilberoxyds» (Nr. 6).

Das Hydrargyrum oxydatum flavum erwies sich dem Verf. von ausserordentlich guter und prompter Heilwirkung; es wurde damit eine Resorption der Gummaknoten in kürzester Zeit erzielt.

N. Korolew: «Ueber die Ernährung tracheotomirter Patienten» (Nr. 6).

Kinder, die wegen Diphtheritis tracheotomirt worden sind, leiden häufig an Dysphagie; die flüssige Nahrung gelangt ziemlich häufig, statt in die Schlundröhre, in den Kehlkopf. Hierbei sind aber nicht etwa die diphtheritischen Lähmungen zu beschuldigen, denn diese treten erst später ein; sondern, wie bereits Lissard behauptet hat, ist es die starre Infiltration der Schlundmuskulatur und des Kehldeckels, welche den Schluckact behindert. Da die Einführung der Schlundsonde durch den Mund mit sehr vielen Unbequemlichkeiten verbunden ist, versuchte Verf. dieselbe durch die Nasenhöhle in den Oesophagus zu leiten. Es gelang sehr leicht die Sonde (Nélaton NNr. 14—18) auf diese Art in den Magen einzuführen. Nachdem flüssige Nahrung hineingebracht worden war, wurde die äussere Oeffnung der Sonde mittels Korken verschlossen und durch Heftpflaster an die Wange befestigt. Diese Art und Weise der Ernährung hat dem Verf. recht gute Dienste geleistet.

Michnewitsch: «Bismuthum salicylicum bei chronischer Diarrhoe der Kinder» (Nr. 6).

Verf. lobt sehr das Mittel bei chronischen Darmkatarrhen; es wird theils pur, theils in Verbindung mit Calomel oder Opium verabfolgt und zwar in Schüttelmixtur: Bismuthi salicylici 1.5 Gummi arabici 4,0, Sacchari albi 6,0 terendo adde aq. destillat. 60,0 fiat lac, tum adde Aquae destillat. 120,0 3—6 Mal täglich 1—2 Theelöffel.

O. Kraismann: «Zur Therapie des Keuchhustens» (Nr. 6).

Verf. wendet folgende 3 Mittel an: Resorcin, Antipyrin und Naphtalin. Die ersten beiden Substanzen werden zusammen verordnet: Antipyrini 3,0 Resorcini 1,0 Aquae destillat. 100,0 Aquae Menthae 10,0. Das Naphtalin wird in Form von Dämpfen zur Inhalation verordnet. Es darf aber nicht verbrannt werden, denn die dabei entstehenden, ätzenden Dämpfe reizen die Bronchialschleimhaut und bewirken geradezu eine Steigerung des Stickhustens. Vielmehr wird die Substanz (15,0) in einem Teller auf einen mit glühenden Kohlen gefüllten gusseisernen Topf gebracht. Das Naphtalin schmilzt bei 75,0, dabei entstehen aromatische Dämpfe, welche auf das Leiden sehr günstig einwirken.

W. Tipjakow: «Beobachtungen über die Wirkung des Pyoktanin» (Nr. 6).

Verf. gelangt auf Grund einer reichen Erfahrung zum Resultate, dass das Pyoktanin seiner antiseptischen Eigenschaft wegen alle Processe, welche mit einem Gewebszerfall einhergehen, günstig beeinflusst. Bei carcinomatöser Gewebsdestruction wirkt es schmerzlindernd und desodorirend. Die Neigung krankhafter Gewebe zu Blutungen wird durch Pyoktanin hintangehalten, was namentlich Verf. bei hämorrhagischer Endometritis constatirt hat. Gewöhnlich wurde die Substanz mittels Overlach'scher Spritze, Lösung 1:500) in die kranken Gewebe hineingebracht.

Strisower: «Atropin bei parenchymatösen Blutungen» (Nr. 6).

Eine 26 Jahre alte Multipara abortirt im 2-ten Monate der Schwangerschaft. Es tritt eine colossale Nachblutung ein, die durch keins der üblichen Mittel zu stillen ist. Verf. erinnert sich dabei der Empfehlung von Tacke (Berlin klin. Wochenschr. 7 Februar 1881) und wendet das Atropin subcutan an. (1/60 Gran). Nach 2 Spritzen stand die Blutung.

Abelmann.

Medizina № 1—9.

Popow: «Subcutane Injectionen von Solutio Fowleri» (Nr. 1).

In Fällen, wo Arsenik indicirt ist, wird derselbe gewöhnlich innerlich verordnet; bei vielen Kranken aber, bei welchen der Darmtractus nicht ganz in Ordnung ist, wird Arsenik in dieser Form sehr schlecht vertragen und reizt den Magendarmcanal. Um diese schlechte Wirkung zu umgehen, hat P. versucht Arsenik subcutan zu appliciren. Er beschreibt ausführlich zwei Fälle von Malaria, wo Chinin seinen Dienst versagt hatte und wo subcutane Injectionen von Solutio Fowleri von glänzenden Resultaten gefolgt waren.

Wojtow: «Die Fortschritte der Bakteriologie im Jahre 1891» (Nr. 1).

Die Theorie der Phagocytose.

Die Metschnikow'sche Theorie der Phagocytose basirt auf folgenden drei Annahmen: 1) die Leukocyten besitzen die Fähigkeit bei Berührung mit irgend welchen Fremdkörpern und ebenso mit Mikroorganismen dieselben aufzufangen und zu absorbiren 2) auf diese Weise werden die Leukocyten zu Phagocyten und beginnen nun die aufgefangenen Mikroorganismen zu verdauen; das kann man daraus erschliessen, dass die aufgefangenen Mikroorganismen an fixirten mikroskopischen Präparaten eine Veränderung ihrer Form aufweisen; 3) die Leukocyten kommen in nahe Berührung mit den Mikroorganismen dank der sog. Chemotaxis d. h. die von den Bakterien gelieferten Stoffwechselproducte üben auf die Leukocyten einen Reiz aus, fachen dadurch ihre Locomotionsthätigkeit an und bewirken auf diese Weise das Zusammentreffen der Leukocyten und Bakterien. Die Immunität, welche ein einmaliges Erkranken bei vielen Infectionskrankheiten gewährt, wird durch die gesteigerte Reizbarkeit der Leukocyten gegen die bakteriellen Stoffwechselproducte erklärt.

Die erste Annahme ist nach Wojtow ganz richtig, die zweite aber ist gar nicht bewiesen: die veränderte Form der von den Leukocyten absorbirten Bakterien beweist erstens noch nicht, dass die letzteren von den Leukocyten verdaut worden sind, zweitens könnte diese Formveränderung eben so gut von den verschiedenen Manipulationen bei der Präparation herrühren. Was endlich die Chemotaxis anbetrifft, so sind die Versuche von Massart und Bordet, welche Capillarröhrchen mit verschiedenen Bakterienculturen in die Bauchhöhle von Fröschen einführten und nachher in diesen Röhrchen Leukocyten fanden und daraus auf die Attractionskraft der bakteriellen Stoffwechselproducte auf die Leukocyten geschlossen haben. durchaus nicht beweisend, da dieselbe Wirkung von der physikalischen Capillarkraft der Röhrchen abhängen könnte.

Taranow: «Zur Lehre von den centralen Dammrissen». (Vorläufige Mittheilung). (Nr. 1—3.

Vortr. stellt zuerst den Begriff eines centralen Dammrisses fest. Dann folgt eine ausführliche Beschreibung dreier von ihm beobachteter Fälle. Zuletzt stellt Vortr. sowohl auf Grund seiner eigenen Beobachtungen, als auf Grund des Studiums der in der Literatur beschriebenen Fälle, verschiedene Thesen auf, welche die Aetiologie, Prophylaxe und Therapie solcher Dammrisse betreffen.

Filippow: «Verlauf des Scharlachs bei Complication mit Influenza». (Nr. 1).

F. hatte Gelegenheit, 16 Fälle von Scharlach, welcher mit Influenza complicirt war, zu beobachten und schliesst auf Grund seiner Beobachtungen, dass Scharlach in solchen Fällen einen milderen Verlauf annimmt.

Kowalewski: «Die partielle Epilepsie». (Nr. 2).

Ausführliche Beschreibung zweier Fälle von partieller Epilepsie, — in einem Falle befielen die Krämpfe die Zunge, im anderen — die linke Hand.

Trapesnikow: «Die Untersuchung des Blutes auf Gonokokken bei Gonorrhoe». (Nr. 2).

Auf Grund der Untersuchung des Blutes bei 32 gonorrhoischen Patienten, wobei er in keinem Falle Gonokokken gefunden hat, kommt T. zum Schluss, dass, wenn auch das Vorkommen von Gonokokken im Blut nicht geleugnet werden kann, so kann doch deren Auffinden nur dank einem glücklichen Zufall geschehen; jedenfalls ist es nicht, wie Jullien angiebt, ein regelmässiger Befund. Das Erscheinen der Gonokokken im Eiter bei Arthritis gonorrhoica könnte ebenso gut durch das Eindringen dieser Mikroorganismen auf dem Wege der Lymphbahn erklärt werden.

Kracht: «Das Dermatol als Heilmittel bei Ulcus molle». (Nr. 3).

Bei seinen Experimenten mit Dermatol bei Ulcus molle konnte K. keine Heilwirkung dieses Mittels constatiren.

Ebermann: «Ueber die Massage der Prostata». (Nr. 3).

Schlussfolgerungen: Massage der Prostata kann in folg. Fällen empfohlen werden: 1) bei Ausgängen einer acuten parenchymatösen Prostatitis, 2) bei Ausgängen acuter und chronischer Prostatitiden in Abscedirung; 3) bei chronischer parenchymatöser Prostatitis mit Schwellung der Drüse; 4) bei weicheren Prostatahypertrophien. Der mittlere Prostatalappen wächst bei seiner Hypertrophie in die Harnblase hinein und kann daher wegen seiner hohen Lage im Becken nicht massirt werden.

Golubow: «Ueber die Methoden der Krankenuntersuchung». (Nr. 4).

Antrittsvorlesung.

Hagen-Torn: «Ein Fall von Pneumotomie bei einem Lungenabscess». (Nr. 4).

Bei einem Pat. mit croupöser Pneumonie kam es zu partieller Lungengangrän. Die vorgenommene Pneumotomie war in diesem Fall von sehr gutem Erfolge; nach 3 Wochen verschwand der Eiter aus dem Sputum und es blieb nur eine chronische Bronchitis nach.

Patenko: «Ueber die Reorganisation der gerichtlich-medicinischen Expertise». (Nr. 5—6).

Die Rolle der medicinischen Experten wird verschieden aufgefasst: Einige sehen in einem Experten nur einen gewöhnlichen Zeugen, andere betrachten einen Experten ebenfalls als einen Zeugen aber von ganz besonderer Art. In der neueren Zeit kommt man immer mehr zur Ansicht, dass ein medicinischer Expert kein Zeuge ist, sondern dass er specielle wissenschaftliche Fragen zu beurtheilen hat. P. glaubt, dass die letztere Ansicht die richtige sei, da weder die Geschworenen, noch die Richter das Urtheil eines Experten wegen Mangels an speciellen Kenntnissen zu kritisiren im Stande sind. Das Gericht kann das Urtheil des Experten entweder acceptiren oder nicht acceptiren, ohne daran irgend welche Kritik ausüben zu können. Die Bedeutung eines medicinischen Experten ist also eine sehr grosse: es muss daher ihm vom Staat viel mehr Selbständigkeit zugewiesen werden und zweitens soll der Expert selbst der Höhe seiner Aufgabe gewachsen sein. Ein gewöhnlicher praktischer Arzt kann unmöglich an der Universität die für einen Gerichtsarzt nöthigen speciellen Kenntnisse erwerben. Es muss daher bei jedem Bezirksgericht ein specieller Expert angestellt sein; ein solcher muss sich vorher drei Jahre an einem gerichtlich-medicinischen Institut ausgebildet haben. Er muss einen Gehülfen für verschiedene Untersuchungen haben, der ebenfalls nicht weniger als ein Jahr in einem gerichtlich-medicinischen Institut gearbeitet hat. Für Kreisstädte bleiben die Kreisärzte bestehen, sie müssen aber wirklich eine specielle gerichts-ärztliche Ausbildung haben.

Derselbe: «Ueber die Reorganisation des gerichtlich-medicinischen Unterrichts». (Nr. 8—9).

Die gerichtlich-medicinische Ausbildung, welche Studirende an den russischen Universitäten bekommen, ist sehr mangelhaft. Das rührt hauptsächlich daher, dass das nöthige praktische Material sehr dürftig ist. Wie ein Anatomicum ohne Leichen nicht existiren kann, ebenso ist ein gerichtlich-medicinisches Institut ohne Leichen ein Nonsens. Leider wird die Versorgung der gerichtlich-medicinischen Institute mit Leichen von der jetzigen Gesetzgebung sehr wenig begünstigt. Es hängt oft nur von dem gutem Willen der Polizei oder des betr. Polizeiarztes ab, ob dem betreffendem Institut Leichen zugestellt werden oder nicht. In Anbetracht der grossen Wichtigkeit einer gerichtlich-medicinischen Ausbildung für jeden Arzt, muss die Sache umgemacht werden, und zwar müssen alle Leichen, welche einer gerichtlich-medicinischen Untersuchung unterliegen, dem betreffenden Prof. der gerichtlichen Medicin übergeben werden. Ausserdem müssten dem gerichtlich-medicinischen Institute auch alle anderen gerichtl.-medicinischen Untersuchungen: chemische, spektroskopische u. s. w. überlassen werden.

Jacobson: «Ueber syphilitische Narbenstenosen des Pharynx». (Nr. 5).

Casuistische Mittheilung über 2 diesbezügliche Fälle. In beiden Fällen wurde die operative Erweiterung der Stenose mit dem galvanokaustischen Schech'schen Messer von gutem Erfolg begleitet.

Lurje.

Russkaja medizina № 1—7.

Snegurski: «Der § 30 Lit. A. der Gesetzsammlung». (Nr. 1).

Der § 30, Lit. A. unseres Gesetzbuches ist sehr unbestimmt und unklar und es muss daher vom Staat eine Aufklärung in dieser Hinsicht gegeben werden. Dieser Paragraph lautet nämlich: «Herabsetzung der Sehschärfe bis zu 20 : 40 an beiden Augen oder nur an einem Auge, welche von irreparablen Alterationen abhängt, befreit vom Dienste». Es ist nämlich unklar, was man unter irreparablen Anomalien verstehen muss, ob darunter auch einfache Refractionsanomalien ohne irgend welche sichtbare Veränderungen der brechenden Medien oder des Augenhintergrundes zu zählen sind. So lange das Brillentragen in der Armee verboten ist, sollten auch einfache Refractionsanomalien, wenn sie die erforderliche Herabsetzung der Sehschärfe bedingen, vom Dienste befreien. Jedenfalls wäre eine Aufklärung sehr wünschenswerth.

Alexejew: «Ein Fall von haemorrhagischer Retinitis bei progressiver perniciöser Anaemie». (Nr. 1—2).

Bei dem betreffenden Kranken wurde progressive perniciöse Anaemie diagnosticirt. Bei der ophthalmoskopischen Untersuchung fanden sich im ganzen Augenhintergrunde zerstreut runde, strich- und linienförmige Haemorrhagien; der Augenhintergrund von grau-blasser Farbe, die Papillen blass, ihre Grenzen undeutlich; die Arterien verengt, stellenweise unterbrochen. Die Section bestätigte die Diagnose.

Gatschkowski: «Das elektrische Licht als Heilmittel oder die Elektrophototherapie» (Nr. 2—4).

Zum ersten Mal wurde elektrisches Licht als schmerzstillendes Mittel von v. Stein angewandt. Der Röhrenspiegel, welcher das Licht einer elektrischen Lampe reflectirt, wird direct auf die schmerzhafte Stelle applicirt. Gatschkowski hat den Stein'schen Apparat modificirt, um seine Application bequemer zu machen; er hat damit sehr gute Resultate erreicht, sowohl bei rheumatischen Muskel- und Gelenkschmerzen, als bei Neuralgien, Migraene, Zahnschmerzen u. s. w. Was hier eigentlich wirkt — ob die Wärme oder das Licht, — übernimmt der Autor nicht zu entscheiden; jedenfalls blieb bei den Controllversuchen, wo er bald die Wärme, bald das Licht eliminirte, die wohlthätige Wirkung nicht aus.

Poroschin: «Zur Casuistik der Schussverletzungen der Bauchorgane». (Nr. 3).

P. beschreibt einen Fall von Schussverletzung, wo die Kugel den Magen und die eine Niere perforirt hatte; der Pat. genas. Ob der Darm ebenfalls perforirt war, lässt P. unentschieden. Die Behandlung war expectativ. Auf Grund dieser und vieler anderer in der Literatur beschriebener Fälle kommt P. zum Schluss, dass Schussverletzungen der Baucheingeweide im Allgemeinen expectativ behandelt werden müssen, mit Ausnahme der Fälle, wo eine abdominale Blutung eintritt, oder beim Austritt von Gasen und Darminhalt aus der Bauchwunde, oder bei beginnender Peritonitis.

Pantjuchow: «Der Echinococcus und Cysticercus in Tiflis». (Nr. 5).

Casuistische Mittheilungen.

Zwinew: «Zur Therapie des Ulcus molle». (Nr. 8).

Z. hat in 33 Fällen von Ulcus molle das von Petersen empfohlene Verfahren eingeschlagen — Ausschaben des Geschwürs mit dem scharfen Löffel, nach vorangegangener Cocainisirung. Die Erfolge waren sehr gut, in keinem einzigen Falle trat Lymphdrüsenschwellung ein.

Snegurski: «Psoriasis gyrata». (Nr. 8).

Casuistische Mittheilung.

Lurje.

Chirurgitscheskij westnik. März.

G. F. Turner: «Zur Anatomie des Blinddarmes und Wurmfortsatzes in Hinsicht auf die Pathologie der Perityphlitis».

Die vorliegende erste Hälfte der Arbeit enthält noch nichts über die eigenen anatomischen Untersuchungen des Verf., sondern nur ein sehr ausführliches Referat über die historische Entwickelung unserer Anschauungen von der Pathologie der Perityphlitis und von der Therapie derselben. Zum Schlusse erhebt Verf. die Forderung, dass die Behandlung dieser Processe den Chirurgen zufalle, welcher die Entwickelung derselben «mit dem Messer in der Hand zu beobachten habe». — Ueber den zweiten Theil der Arbeit behalten wir uns einen ausführlicheren Bericht vor.

R. W. Butz: «Zur Frage der Behandlung gangraenöser Hernien». Aus der chirurgischen Abtheilung des St. Marien-Magdalenen-Hospitals in St. Petersburg. — Fortsetzung.

Fortsetzung aus dem Januarheft, enthaltend eine umfangreiche tabellarische Zusammenstellung von 200 mittels Anlage eines Anus praeternaturalis und 215 durch Resection behandelten Fällen. (Schluss folgt).

Grubert.

Chirurgitscheskaja letopisj.

Bd. I. Heft 1—2.

Sklifassowski: «Ueber Ektasie der Gallenblase». — 2 Fälle von Cholecystostomie bei Empyem der Gallenblase. Betrachtungen über die Indicationen für operative Eingriffe.

Djakonow: «Zur Frage der Rhinoplastik bei Sattelnasen».

Modification des König'schen Verfahrens. Der Schnitt zur Mobilisirung der unteren Nasenhälfte wird /\ förmig von der Nasenwurzel abwärts geführt, dieser Hautperiostlappen abpraeparirt und der König'sche Stirnlappen zum grössten Theil unter ihm befestigt. Mittheilung eines günstigen Falles, in welchem ausserdem zur Hebung des einen Nasenflügels der Stirnlappen mit einem 1 Ctm. langen horizontalen Hautperiostlappen versehen wurde.

Kakuschkin: «Castration bei Fibromyomen des Uterus».

Zusammenstellung von 39 Fällen aus Russland und 5 eigenen, im Tambowschen Landhospital operirten. Verkleinerung des Tumors in 78,5 pCt. der Fälle, Aufhören der Blutungen und Schmerzen in 57,1 pCt. Mortalität 2,6 pCt.

Michajlow: «Castration bei Hodentuberculose».

Von 18 Fällen aus der Klinik des Prof. Ssinizyn in Moskau wurden castrirt 9, davon 3 beiderseits. In einem Falle Verschwinden einer Dämpfung der rechten Lungenspitze; überhaupt gute Resultate.

Lezius: «Osteomata maxillae inferioris» (aus der Klinik des Prof. Sklifassowski).

Fall von multiplen eburnisirten Exostosen bei einem 12jähr. Mädchen an beiden Winkeln und aufsteigenden Aesten des Unterkiefers, halbwallnussgross; ferner an der rechten Schläfenschuppe und linken Hinterhauptsschuppe; an der Grenze des oberen und mittleren Drittels beider Ulnae aussen und am linken Radius innen in der Mitte. Mundöffnung auf ³/₄ Ctm. Sonst gesund; Vater hat multiple Fibrome am Abdomen, keine Exostosen.

Operative Abtragung der Tumoren am Unterkiefer mit Meissel und Rychanotrephine mit Erfolg.

Matwejew: «Zur Frage von der äusseren Urethrotomie».

Bringt nichts Neues.

Gorjatschew: «Zur Frage von der Akromegalie».

Vorstellung eines Falles mit Riesenwuchs des Daumens und Zeigefingers der linken Hand, welche bei der Geburt die gewöhnliche Grösse bei Erwachsenen hatten und bis zum 20. Lebensjahr wuchsen. Pat. 39jähr. Bauerntochter. Daumen: 12 Ctm. lang, 29 Ctm. Basisumfang, 15 Ctm. Umfang der Spitze; Zeigefinger: 14 Ctm. lang Umfang an der Basis 22, in der Mitte 23 und an der Spitze 14 Ctm. Zweiter os. metacarpi 8 Ctm. gegen 7 an der anderen Hand. Im Uebrigen nur der linke Unterarm in allen seinen Theilen dicker als der rechte. Sensibilität, Tast- und Temperaturgefühl normal.

Im Uebrigen enthalten die Hefte kleinere Casuistik, Referate und Sitzungsberichte. Bemerkenswerth ist im 2. Hefte 1 Fall von tödtlichem Tetanus nach Verletzung der Hornhaut durch einen Strohhalm.

Selenkow.

An die Redaction eingesandte Bücher und Brochüren.

Die Verhütung der Geisteskrankheiten v. Dr. Paul Berger. Berlin. Vrlg. v. H. Steinitz. 1892. Pr. Mrk. 2.
Die Krankheiten der Nase von Dr. Carl Reiss. Berlin. Vrlg. v. Steinitz. Pr. Mrk 1,50.
Verwendung der Wickersheimer-Flüssigkeit für anatom. Präparate v. J. Wickersheimer, mit 3 Lichtdruckbild. Berlin. Vrlg. von Boas und Hesse. Pr. Mrk. 1,50.
Ueber die Heilwirkung der Electricität bei Nerven- und Muskelleiden v. Prof. Dr. Fr. Schultze. Wiesbaden. Vrlg. v. Bergmann. 1892. Pr. 80 Pf.
D. Curettement bei Endometritis puerperalis von Dr. Otto von Weiss. Wien. Vrlg. v. M. Perles. Pr. Mrk. 2,40.
Ueber das Eindringen des Wasserdampfes in Desinfectionsobjecte v. H. Duncker. III. Aufl. 1892. Leipzig. Vrlg. v. Thieme.
Die objectiven Zeichen d. Neurasthenie v. Dr. med. Löwenfeld. Sep. Abdr. von München. medic. Wochenschr. 1892. 21 Heft. VI. Reihe. 8 Heft. München. Vrlg. v. Lehmann. Pr. Mark. 1,60.
Die Neuralgie v. Dr. R. Weber. II Tausend. Berlin. Vrlg. von Steinitz. Pr. Mrk. 1,50.
Analytische Methoden zur Nahrungsmittel-Untersuchung von Dr. C. Virchow. Berlin, 1891. Vrlg. v. Karger. Pr. Mrk. 3,50.
Rudolf Virchow, eine biogr. Studie v. W. Becher. Berlin, 1891. Vrlg. v. Karger. Pr. Mrk. 2.50.
Die Bestimmung der Frau v. Prof. Dr. Fehling. Stuttgart. Vrlg. v. F. Enke. 1892. Pr. 80 Pf.
Die Influenza-Epidemie 1889—1892 von Dr. Jacob Wolff. Stuttgart. Vrlg. v. Enke. Pr. Mrk. 5.
Lehrbuch der Chemie für Mediciner v. Dr. B. Fischer mit 46 Abbild. Stuttgart. Vrlg. v. F. Enke. 1892. Pr. Mrk. 14.
Gynaekologie v. Dr. A. Dührssen. II. Aufl. Berlin. Vrlg. von Karger. Pr. Mrk. 4,50.
Arzneiverordnungen in der Kinderpraxis von Dr. Guttmann. Berlin. Vrlg. v. Karger. Pr. Mrk. 2,50.
Pathologische Anatomie v. Dr. R. Langerhans. Berlin. Vrlg. v. Karger. Pr. Mrk. 9.
Physiologie v Dr. Oestreich. Berlin. Vrlg. v. Karger.
Chirurgische Technik v. Prof. v. Esmarch und Dr. Kowalzig mit 520 Holzschnitten. Kiel und Leipzig. Lipsius u. Tischner. 1892. Pr. 12 Mrk.
Geburtshülfe von Dührssen. III. Aufl. Berlin. Vrlg. v. Karger. Pr. Mrk. 4,50.
70 Arthrektomien des Kniegelenks v. Dr. J. Lingenfelder. München, 1892. Vrlg. v. Lehmann. Pr. Mrk. 2
Synonymen-Lexicon bearb. von Georg Arends. 1892. Vrlg. v. Pfau in Leipzig, d. Werk umfasst 15 Liefer. à Mrk. 1,00.
Typische Operationen an der Leiche v. Dr. E. Rotter. München, 1892. Vrlg. v. Lehmann. Pr. Mrk. 8.
Der 20. schlesische Bädertag v. P. Dengler. Reinerz, 1892.
Der körnige Zerfall und Querzerfall der elastischen Fasern und Platten v. Alex. Eberhardt. Dorpat. Laakmansche Buchdr. 1892.
Massage dans les affections du voisinage de l'utérus, par le Dr. Norström. Paris. Babé et Cm. 1892
Die Ernährung des Herzens v. Prof. Zuntz. Leipzig. Vrlg. v. Thieme. Pr. 80 Pf.
Forschungen in der Anatomie des Centralnervensystems v. Prof. Dr. Waldeyer. Leipzig. Vrlg. v. Thieme. Pr. Mrk. 1.20.
Ergebnisse d. tropenhygienischen Fragebogen von Dr. Below. Leipzig. Vrlg. v. Thieme. 1892. Pr. Mrk. 2.
Ueber d. Betrieb d. Kochschen Instituts f. Infectionskrankheiten Leipzig. Vrlg. v. Thieme. 1892. Pr. Mrk. 1.
Lehrbuch d. Chemisch. Physiologie und Pathologie v. Dr. Halliburton, deutsch v. Dr. K. Kaiser mit 100 Holzschnitten. II. Abtheilung. Heidelberg. C. Winters Buchh. 1892. Pr Mrk. 4.
Behandlung der Tuberculose mit Tuberculocidin v. Prof. Dr. Klebs. 5. Auflage. Hamburg u. Leipzig, Vrlg. v. Voss. 1892. Pr. Mrk. 1.
Grundriss d Physik zum Gebrauch f. Mediciner v. Dr. B. Borchardt mit 52 Abbild. Stuttgart. Vrlg. v. F. Enke. 1892. Pr. Mrk. 3.
Ueber Erkrankungen d. Herzmuskels v. Dr. P. Hampeln. Stuttgart. Vrlg. v. Enke. 1892. Pr. Mrk. 1,60.
Psychopathia sexualis v. Prof. Dr. R. Krafft-Ebing. 7. Auflage. Stuttgart. Vrlg. v. F. Enke. 1892. Pr. Mrk. 10.
Lehrbuch d. Ohrenheilkunde v. Prof. Kurd Bürkner mit 136 Holzschnitten. Stuttgart. Vrlg. v. Enke. 1892. Pr. Mrk. 9.
Таблица для опредѣленія остроты зрѣнія. Д-ра Донбергъ. Изд. Урлауба. С.-Петербургъ, 1892.
2 Fälle v. Leuchtgasvergiftung bei Kindern v. Dr. G. Gnant. München. Vrlg. v. Lehmann. Pr. Mrk. 1.
Zur Kenntniss d. diphteritischen Albuminurie u. Nephritis von Dr. J Kuck. München. Vrlg. v. Lehmann. Pr. Mrk. 1.
Ueber Beckenfracturen v. Dr. G. Michaelis. München. Vrlg. von Lehmann Pr Mrk. 1.
Beitrag zur Statistik und Casuistik d. Gehirntuberkel bei Kindern v. Dr. A. Seidl. München. Vrlg. v. Lehmann. Pr. Mrk. 1.
Ueber d. Vorkommen der Tuberkelbacillen ausserhalb des Körpers in Gefängnissen v. Dr. Kustermann. München. Vrlg. v. Lehmann. Pr. Mrk. 1.
Die objectiven Zeichen d. Neurasthenie v. Dr. med. Löwenfeldt. Sep. Abdr. aus Münch. med. Wochenschr. 21. Heft. 6. Reihe. 3. Heft. München. Vrlg. v. Lehmann. Pr. Mrk. 1,60.
Cursus der topographischen Anatomie v. Prof. Dr. Rüdinger mit 51 Abbild. II. Auflage. München. Vrlg. v. Lehmann. Pr. Mrk. 9.
Was ist Eczem? v. Dr. Ernst Kromayer, Halle. Vrlg. v. Tausch und Grosse. 1892.
Jahresbericht d. Evang. Hospitals in St. Petersburg für 1891.
Neue Untersuchungsmethode f. d. Differentialdiagnose v. Labyrinth und Mittelohrerkrankungen v. Dr. Ludw. Jankau in Zürich. Sep. Abdr. aus der deutsch. medic. Wochenschr. 1892, № 10.
Repriuted from the Amer. Journal of Obstetrics. August 1889. A. years experience with Apostolis method with reports of cases. by Lapthorn Smith.
Sonderabdr. aus d. Balneolog. Centralbl. II. Jahrg. № 13. — Betrachtungen über Europhen v. Dr. Gilbert.
Sonderabdr. aus der Münchner med. Wochenschr. № 14. 1892. Ueber die Influenzabacillen bei Otitis media v. Dr. A. Scheibe.
Sonderabdr. aus Memorabilien XXXVI, № 2, 1892. Ueber den Nutzen d. Aristol zur Behandlung venerischer Geschwüre v. Dr. E. Güntz in Dresden.
Sonderabdr. aus Berl. klin. Wochenschr. 1892, № 13. Einige neue Apparate u. Instrumente zur Galvanocaustik u. electr. Beleuchtung v. Dr. Jacobsohn.
Repriuted from the Times and Register. Septemb., Oct 1891 und Febr. 1892 Reaction of the Amide-Group upon the Wasting Animal Economy by Prof. Samuel Dixon and Zuill.
Ueber Europhen, ein neues Verbandmittel v. O. W. Petersen.
14 annuel report of the Presbyterian Eye, Ear and Throad Charity Hospital. Baltimore.
Ueber den Gebrauch der Nordseebäder bei Chlorose von Dr Kruse (Sep. Abdr.).
Ueber die therapeutische Wirksamkeit des Dioretin v. D. Eugen Frank (Sep. Abdr.).
Gastrostomy by N Senn (Sep. Abdr.).
Отчетъ о гриппозной эпидеміи въ русской арміи въ 1889 и 1890 гг. составилиВерекундовъ, Тарнавскій и Филипповъ. (Приложеніе къ Воен. Мед. Журналу).
Сборникъ трудовъ врачей СПБ. Маріинской больницы. Вып. I С. П. Стасюлевичъ. 1892.
Das Auftreten der Influenza im Winter 1891 u. 1892. Kaiserliches Gesundheitsamt.

Дозв. ценз. Спб. 23 Мая 1892 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 5. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1892.

Medizinskoje obosrenje № 7–10.

P. Modlinski: «Ueber Knochenplastik». (Nr. 7).

Verf. hat mit der Transplantation decalcinirter Knochen keine günstigen Resultate erzielt. Diese Methode ist nach Verf. überall da zu verwerfen, wo ein Mangel an Haut und weichem Gewebe vorhanden ist. Nur bei Defecten der Schädelknochen und bei Spina bifida bringt die Transplantation von Knochengewebe grossen Nutzen.

Sumarokow: «Ueber atypische Resectionen im Fussgelenk». (Nr. 7).

Verf. gelangt auf Grund seiner Erfahrungen zu folgenden Schlüssen: In Fällen von Tuberculose des Fussgelenkes bei Personen, die bereits das Alter, wo das Knochenwachsthum aufhört, erreicht haben, muss recht frühzeitig operirt werden. Vorzuziehen ist die atypische subperiostale Resection. Die Wladimirow'sche Operation ist nur in den Fällen indicirt, wo eine ausgiebige Zerstörung der Planta vorliegt. In veralteten Fällen, wo das Allgemeinbefinden eine möglichst rasche Heilung der durch die Operation gesetzten Wunde erheischt, oder bei starker Atrophie der vorderen Fusshälfte und Zerstörung der betreffenden Knochen ist die Amputation indicirt.

J. Troizki: «Ueber Blutparasiten bei Intermittens in den Wolgagegenden». (Nr. 7).

Im Ganzen wurden 35 Fälle von Malaria beobachtet und auf Mikroorganismen untersucht. In 29 Fällen wurden die Laveran'schen Blutparasiten gefunden, dabei handelte es sich in 6 Fallen um larvirte Intermittens. Die negativen Blutbefunde wurden bei 6 Personen constatirt, und diese hatten bereits eine grosse Menge von Chinin erhalten. Verf. untersuchte ferner das Blut bei anderen Krankheiten (Typhus, Scharlach, Dysenterie, Anaemie, Chylurie) und überzeugte sich, dass die Laveran'schen Parasiten nie vorhanden waren. Das Fehlen von Pigment in den Plasmodien wurde in den Fällen beobachtet, wo nur ein Intermittensanfall gewesen war, während bei Fällen mit mehreren Anfällen immer pigmenthaltige Parasiten entdeckt wurden.

M. Schtschegolew: «70 Fälle von Erysipelas beobachtet im Moskauer Gefängnisshospital» (vom 1. October 1890—1 Oct. 1891.) (Nr. 7).

Die Mortalität betrug 8,5 pCt. Behandlung: Chinin innerlich und Jodtinctur zur Pinselung.

Roshanski: «Ueber den Charakter der Harnabsonderung bei physiologischer Albuminurie». (Nr. 7).

Einige Angaben über Quantität, Absonderungsgeschwindigkeit und specifisches Gewicht in einem Falle von physiologischer Albuminurie.

Shdanow: «Zur Aetiologie der puerperalen Psychose». (Nr. 8).

Unter den verschiedenen aetiologischen Momenten, die eine puerperale Psychose hervorrufen, nimmt die Infection nach den Beobachtungen des Verf. den ersten Platz ein. In 70 pCt. aller Fälle konnte eine Infection constatirt werden, dabei waren in 66 pCt. Uteruserkrankungen, in 4 pCt. Nierenerkrankungen. An zweiter Stelle sind moralische Ursachen also Erschütterung, Aufregung etc. zu beschuldigen. Eine hereditäre Disposition erkennt Verf. an.

Nelkin: «Ein Fall von Psychose im Prodromalstadium der Masern». (Nr. 8).

J. Nedorodow: «Ein Fall von vollständiger Heilung einer Tubengravidität durch den galvanischen Strom. Nachfolgende normale Schwangerschaft». (Nr. 8).

S. Jakub: «Zur Casuistik der Retroflexio uteri gravidi». (Nr. 8).

Rachmaninow: «Ueber Rhabdomyome». (Nr. 8).

Verf. beschreibt ausführlich eine Geschwulst, die bei einem 2½ jährigen Kinde beobachtet wurde. Es handelte sich um einen Tumor der linken Niere, welcher sowohl in den oberflächlichen, als auch in den tiefen Schichten aus einen und denselben Formelementen bestand. Im interstitiellen Stroma waren zerstreut Epithelnester, Bündel aus quergestreiften Fasern und indifferente Zellen, aus denen sich die Epithelnester offenbar bildeten. Eine eingehende literarische Zusammenstellung aller bis jetzt beschriebenen Rhabdomyome findet sich in dieser Arbeit.

R. Ssolowjew: «Ueber die Behandlung der Fracturen mit Hilfe von Massage». (Nr. 10).

5 Fälle von Fracturen (Fr. cruris dextr. sinistr. femoris dextri, cruris dextr. humeri) heilten unter Massagebehandlung sehr rasch. Zunächst wurde für einige Tage ein Gypsverband angelegt; dann aber der Verband entfernt resp. aufgeschnitten und Massage ausgeführt.

W. Tipjakow: «2 günstig verlaufende Fälle von Laparotomie bei Bauchfellentzündung». (Nr. 10).

B. Rosenberg: «Oesophagitis dissecans superficialis». (Nr. 10).

Unter dem Namen Oesophagitis dissecans beschrieb Birch-Hirschfeld einen von ihm beobachteten Fall, bei welchem es in Folge von suppurativer Entzündung der Submucosa zu einer völligen Ablösung der Oesophagealschleimhaut von der Muscularis kam. Einen 2., ähnlichen Fall beschrieb Reichmann. Verf. fügt diesen beiden einen von ihm beobachteten Fall hinzu. Ein junger Engländer litt seit einigen Jahren an Dysphagie und Oesophagismus; vor einiger Zeit bekam nun der Patient starkes Erbrechen, wobei eine röhrenförmige membranöse Masse zu Tage befördert wurde. Bei mikroskopischer Untersuchung dieser Masse stellte Verf. fest, dass es sich um die Epithelschichte der Schleimhautwand handelte, die Mucosa war nicht in der Masse vorhanden. Desshalb fügt auch der Verf. der Benennung von Birch-Hirschfeld das Wort «superficialis» hinzu.

S. Korzenewski: «2 Fälle von acuter Darmocclusion mit günstigem Verlaufe». (Nr. 10).

Casuistischer Beitrag.

M. Senez: «Subcutane Anwendung von Digitalis bei Herzkrankheiten». (Nr. 10).

(Vorläufige Mittheilung).

In einer ganzen Reihe von Fällen wurde Digitalis statt innerlich subcutan angewandt und zwar in der Form: Infus. folior. ex 0,3 : 10. Die Resultate waren überaus günstig, auch in Fällen, wo die Anwendung per os keinen Nutzen schaffen konnte.

S. Schanjawski: «Dermatol bei Eiterungen aus dem Ohr. (Nr. 10).

Die günstigsten Resultate und zwar in relativ sehr kurzer Zeit erzielte Verf. bei Anwendung von Dermatol. Zunächst wurde das Ohr mit einer 3 pCt. Borsäurelösung ausgespritzt und dann Dermatol auf Watte hineingelegt.

A. Mamurowski: «Zur Technik der Spirillenfärbung». (Nr. 10).

Verf. schlägt folgende Methode zur Färbung der Recurrensspirillen vor. Das Deckgläschen mit dem fixirten Blut kommt zunächst in eine Conc. alkoholische Lösung von Eosin auf 1—12 Stunden; sodann in eine wässrige Methylenblaulösung. Diese Lösung wird erwärmt, und das Präparat bleibt dort 20—30 Minuten; dann wird es rasch mit Wasser abgespült, getrocknet und unter Xylol-Canadabalsam eingeschlossen. Die Spirillen sind dann intensiv blau gefärbt, während die rothen Blutkörperchen eine hell-rosa Farbe bekommen.

Abelmann.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej. Januar – Mai (№ 1–5).

G. J. Himmelfarb: «Zur Lehre von den angeborenen Anomalien der weiblichen Geschlechtsorgane. Anus praeternaturalis vestibularis bei einem 14 jährigen Mädchen». (Nr. 1).

Krankengeschichte einer Pat. bei der die Analöffnung sich zwischen Frenulum und Hymen befand. Der sphinkter internus functionirte so gut, dass Pat. über keinerlei Beschwerden, die Entleerung des Mastdarmes betreffend, zu klagen hatte.

An die Krankengeschichte knüpft Verf. einige entwickelungsgeschichtliche Bemerkungen.

M. M. Mironow: «Zur Frage von den Indicationen zur partiellen Amputation der Cervix bei Carcinom der Vaginalportion». (Nr. 1).

Zum Schluss der längeren Abhandlung, in welcher an der Hand von Statistiken verschiedener Kliniken die Resultate der Totalexstirpation beleuchtet werden, stellt Verf. folgende Thesen auf. 1) Die partielle Portioamputation kann heutzutage als nicht lebensgefährlich bezeichnet werden und hat bei Ausführung mit schneidenden Instrumenten und nachfolgender Vereinigung durch die Naht keine schlechten Folgen. 2) Die partielle Amputation der Portio muss bei localisirtem Cancroid der Portio als radicale Operation bezeichnet werden, welche in dieser Beziehung der Totalexstirpation nicht nachsteht und ist daher 3) indicirt bei papillären Cancroiden der Portio, welche noch nicht auf die Scheidengewölbe übergegriffen haben.

Für alle übrigen Fälle erkennt M. die Berechtigung der Totalexstirpation an, möchte sie aber nur in gut eingerichteten Kliniken ausgeführt wissen; für Hospitäler etc. sei die hohe Amputation vorzuziehen.

A. K. Masurkewitsch: «Ein Fall von wiederholtem Kaiserschnitt an einer Frau». (Nr. 1).

D. J. Kirejew: «Die Anwendung der Asepsis in der Chirurgie der Bauch- und Beckenhöhle». (Nr. 2).

Eine Schilderung des aseptischen Verfahrens im Marienhospital in St. Petersburg als Einleitung voranschickend, geht Verf. zur Beschreibung der unter solchen Verhältnissen von ihm ausgeführten Operationen über. Der Wundverlauf nach den 5 angeführten Laparotomien war ein durchweg befriedigender. Langandauerndes Erbrechen, Meteorismus, kolikartige Schmerzen traten nicht auf. Die Temperaturen waren bei den Operirten normal, nur in einigen Fällen wurden geringe Temperatursteigerungen beobachtet.

A. K. Masurkewitsch: «Ein Fall von Kaiserschnitt». (Nr. 2).

29jährige Primipara, allgemeinverengtes Becken, Conjugata $8^1/_2$ Cm. Wegen sehr protrahirten Geburtsverlaufes und besorgnisserregenden Erscheinungen von Seiten der Frucht wurde der Kaiserschnitt mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind ausgeführt.

G. Kudisch: «Ein Fall von Abort im 5. Monat mit Ausstossung einer lebenden Frucht». (Nr. 2).

K. F. Slawjanski: «Laparotomia conservativa». (Nr. 3).

In dieser als Präsident der Gynaekologischen Gesellschaft gehaltenen Antrittsrede weist Redner darauf hin, wie man im Beginne der operativen Behandlung entzündlicher Processe der Uterusadnexen viel zu radical vorgegangen sei, indem eine vollständige Entfernung der erkrankten Organe als durchaus nothwendig erachtet wurde.

Die vervollkommnete Operationstechnik berechtige heutzutage ein conservatives Verfahren. Bei Entfernung nur der erkrankten Partien der Ovarien, bei der Resection des verschlossenen abdominalen Endes der Tube, bei Lösung perimetritischer Adhaesionen der Adnexen des Uterus liefert die Laparotomia conservativa glänzende Resultate, da durch dieselbe der Pat. nicht nur die Gesundheit wiedergegeben, sondern derselben auch die Möglichkeit einer eventuellen Empfängniss nicht geraubt wird.

A. Krassowski: «11 Ovariotomien». (Nr. 2, 3).

Von den Operirten starben 3=14,28 pCt. Mortalität. In 2 Fällen erfolgte der Tod in Folge von Blutungen aus den Stichkanälen am Stumpfe.

A. J. Iwanow: «Beiträge zur Frage von der Extrauterinschwangerschaft». (Nr. 2, 3).

Krankengeschichten mehrerer Fälle ektopischer Schwangerschaft und eine sich daran knüpfende Besprechung der Diagnose, Prognose und Therapie dieser Anomalie. Neues bietet die Abhandlung nicht.

J. J. Drushinin: «Zur Casuistik des Uterus didelphus cum vagina septa». (Nr. 3).

Ausser dem Interesse, welches diese Anomalie ihrer Seltenheit wegen bietet, war der beschriebene Fall noch dadurch bemerkenswerth, dass 4 mal Schwangerschaft in der linken Gebärmutter beobachtet wurde; während einer der Schwangerschaften menstruirte Pat. regelmässig, wobei die Blutungen aus der nicht geschwängerten rechten Gebärmutter stammten.

F. F. Pjontkowski: «Uterus duplex separatus seu didelphus». (Nr. 3).

Casuistischer Beitrag.

G. H. Aue: «Ein Fall von Hernia ovarica bilateralis». (Nr. 3).

Angeborene irreponible Hernia ovarica bei fehlendem Uterus. Operation, Versenkung der Eierstöcke in die Bauchhöhle. Heilung.

W. Th. Maslowski: «Zur Lehre von der Selbstinfection der Wöchnerinnen». (Nr. 4).

Als Einleitung giebt Verf. ein Referat über die jetzigen Anschauungen von der Lehre der Puerperalinfection resp. Selbstinfection und geht darauf zur Wiedergabe seiner experimentell-bakteriologischen Studien über. Die Resultate dieser Forschungen können in Kürze dahin zusammengefasst werden, dass nach M. im Vaginalsecret gesunder, nicht untersuchter Schwangerer folgende pathogene Mikroorganismen vorkommen: Staphylococcus albus, citreus, Streptococcus und Bacillus foetidus, welche alle virulente Eigenschaften besitzen. Es werden somit durch die Arbeit M.'s die Untersuchungen Winter's, Steffeck's u. A. bestätigt und die in letzter Zeit hauptsächlich von Döderlein behauptete relative Unschädlichkeit des Scheidensecretes Schwangerer in Abrede gestellt.

P. J. Markowski: «Zur Frage von der Embryotomie». (Nr. 4).

A. A. Anufrijew: «Zur Casuistik der Totalexstirpation der Gebärmutter per vaginam». (Nr. 4).

Die Operation wurde in den 3 beschriebenen Fällen wegen Carcinom ausgeführt. In einem Falle ging Pat. an Recidiv zu Grunde, 2 sind bis jetzt (2 und 1 Jahr) recidivfrei.

K. P. Ulesko-Stroganowa: «Zur Pathologie der Vaginalcysten». (Nr. 4).

D. M. Kirejew: Adeno-papillomatöse Geschwülste der Uterushöhle und ihre zeitgemässe Behandlung». (Nr. 5).

An der Hand von Angaben aus der Literatur und eigenen Beobachtungen schildert Verf. das pathologisch-anatomische Bild, den Verlauf und die Therapie genannter Neubildungen.

J. Tyschko: «Bericht über die Thätigkeit der Gebärabtheilung des Landschaftshospitals des Smolenski'schen Gouvernements vom 1. Juli 1890 bis 1. Januar 1892». (Nr. 5).

M. Mironow: «Ein Fall von Atresia hymenis». (Nr. 5).

Casuistischer Beitrag.

Dobbert.

Bolnitschnaja gaseta Botkina № 1–10.

M. A. Schiperowitsch: «Der Einfluss periodischer mässiger Aderlässe auf das Blut und die acute Anämie». (Nr. 1).

(Vorläufige Mittheilung)

A. A. Trojanow: «Ein Fall von Schädeltrepanation» indicirt durch einen Abscess, der sich nach einem längst vorher geheilten Splitterbruche entwickelt hatte. (Nr. 2, 3).

Die vorangegangene Schädelverletzung datirt von Jahre 1867. Nach der Heilung bis ca. ein Jahr vor der Operation Euphorie. Dann traten nach 3facher Influenzaattaque die Symptome der Eiterung zwischen Dura und Schädeldach auf.

M. Michajlow: «Ueber den Einfluss der Ureterenunterbindung auf Secretion und Zusammensetzung der Galle». (Nr. 1).

(Vorläufige Mittheilung). cfr. St. Petersburger medicin. Wochenschr. Nr.

Dr. Kissel: «Ueber einige besondere Erscheinungen des acuten Rheumatismus bei Kindern». (Nr. 1—4).

Verf. resumirt seine Arbeit in 6 Thesen: 1) Heredität spielt eine Rolle in der Aetiologie des Kinderrheumatismus. 2) Selten tritt er in der acuten infectiösen Form auf, häufiger in der subacuten, schwach entwickelten. 3) Bei Kindern bedingt er äusserst häufig Herzklappenfehler mit letalem Ausgange. 4) Sehr häufig sind die larvirten, aber um nichts weniger gefährlichen Formen. 5) Es ist zu vermuthen, dass in vielen Fällen von Herzfehlern mit dunkler Aetiologie wir es mit einer rheumatischen Natur des Leidens zu thun haben. 6) Bei Kindern veranlasst der Rh. schon sehr früh Veränderungen in der Blutbildung und bewirkt Anämien.

A. J. Wiltschur: «Zur klinischen Diagnostik des Sarkoms der innern Organe». (Nr. 1—4).

Zwei Fälle.

W. W. Prawdoljubow: «Zur Behandlung der Varicen der unteren Extremität nach der Trendelenburg'schen Methode». (Nr. 3).

(Vorläufige Mittheilung). Gute Resultate.

W. N. Ssirotinin: «Ein Fall von sero-fibrinöser Peritonitis in Folge von Influenza». (Nr. 4).

A. A. Kadjan: «Darmwandbrüche». (Nr. 5—6).

Ein Fall.

N. A. Meinhard: «Pachymeningitis externa purulenta, geheilt durch Trepanation des Processus mastoideus». (Nr. 5).

Casuistische Mittheilung eines Falles.

A. G. Ischboldin: «Zur Casuistik der Abdominaltyphus-Recidive bei Kindern». (Nr. 6—8).

6 Beobachtungen.

W. M. Woronin: «Zur Frage der diagnostischen Bedeutung des Parasiten der Malaria (Plasmodium Malariae). (Nr. 6).

(Vorläufige Mittheilung).

P. A. Jappu: «Ein Fall von primärem Krebs der linken Lunge». (Nr. 7, 8).

S. W. Wladislawlew: «Ein Fall von Verletzung des Halses mit ausgedehnter Kehlkopfverletzung». (Nr. 9, 10).

E. F. Kemper: «Zur Frage von der Bedeutung der Behandlungsmethoden der Athmungs-Organe». (Nr. 10).

Neumann.

Westnik oftalmologii. Januar – Juni.

Wagner: «Bericht über ein Tausend Extractionen nach von Graefe's Methode mit dem flachen peripheren Lappenschnitte». (Jan.—Febr.).

Wagner operirte seit 1867 nach obiger Methode und erklärt dieselbe für die beste. Am Tage vor der Operation Occlusivverband um des Verhaltens der Conjunctiva sicher zu sein. 5 pCt. Cocainlösung. Sublimatwaschungen vor und nach der Operation mit 1:5000. Instrumente in absolutem Alkohol. Fast immer nach oben extrahirt; stets Iridektomie. Staar und Cortexmassen werden mit dem Kautschuklöffel bei fixirtem Bulbus herausbefördert. Wagner operirte anfangs im Serdobol'schen Krankenhause (4 Betten) und im jüdischen Krankenhause zu Odessa (12 Betten) — also nicht in Specialanstalten! Von 155 Extractionen im Serdobol'schen Krankenhause 9 Verluste = 5,80 pCt., von 259 Extractionen im jüdischen Krankenhause 25 Verluste = 9,65 pCt. In obigen Anstalten operirte 474 Extractionen der vorantiseptischen Periode 41 Verluste = 8,86 pCt. In denselben Anstalten operirte 223 Extractionen mit Beobachtung der Antiseptik ergaben 13 Verluste = 5,82 pCt.

Weitere 303 Extractionen in den letzten Jahren im Odessa'schen Augenhospitale — dessen Oberarzt Wagner zur Zeit ist — und bei strenger Antiseptik ausgeführt ergaben 8 Verluste = 2,43 pCt. In der Gruppe der 474 Extractionen ohne Antiseptik und ohne Cocain (12 Mal Chloroformnarkose) hatte Wagner 59 Mal (12,46 pCt.) Glaskörpervorfall und in 49 Fällen acute Iritis (10,41 pCt.). In der Gruppe der 223 folgenden Extractionen 16 Mal Glaskörpervorfall (7,17 pCt.) und 15 Fälle acuter Iritis (6,72 pCt.). Die dritte Gruppe von 303 Extractionen hatte noch 11 Mal Glaskörpervorfall (3,63 pCt.) und 4 Fälle acuter Iritis (1,32 pCt.). In dieser letzten Gruppe 144 Extractionen der Reihe nach ohne einen Verlust.

Der erste Verbandwechsel fand stets am Nachmittage des Operationstages statt. Die ersten 4 Tage beide Augen verbunden.

Wagner hält die Iridektomie bei der Extraction für nützlich und der entzündlichen Reaction entgegen wirkend. Verlor er ein Auge, so machte er ausnahmslos auf dem anderen Staarauge zunächst die vorbereitende Iridektomie.

E. Adamück: «Zur Frage der Hornhautnaht bei Wunden der Cornea». (Jan.—Febr.).

Bei sehr stark klaffenden und mit Substanzverlusten verbundenen Hornhautwunden, sowie nach Keratoglobus- und Keratoconus-Operationen will A. die Hornhautligatur angewandt wissen. (Ich halte die Hornhautnaht für entbehrlich; auch bei gedachten Operationen leistet bei geeigneter Schnittführung in den abzutragenden Theilen ein gut angelegter Druckverband alles zu Wünschende. Dass die Hornhautnaht die Heilung abkürze ist möglich, aber nicht sicher zu erwarten, da die Application der Nähte zu schwierig ist und überaus traumatisch wirkt. Zudem eitern die Nähte gar zu leicht durch Ref.).

S. L. Ssegal: «Ueber die, beim Sehen durch ein mit Lykopodium-Pulver bestäubtes Glas, um die Lichtquelle erscheinenden Farbenringe». (Jan.—Febr.).

P. A. Gurfinkel: «Pustula maligna der Lider». (Jan.—Febr.).

Es wird eine Krankengeschichte mitgetheilt. Heilung unter beträchtlicher narbiger Schrumpfung der Lider. Ektropium des unteren Lides. Lagophthalmus. Mit starker Carbollösung (%?) wurden die Geschwüre ausgeätzt, 1 pCt. Carbollösung in Form lauer Compressen, und 2 pCt. Carbollösung subcutan gegeben, 2 bis 3½ Pravaz'sche Spritzen, theils in die Umgebung des Auges, theils unter die Rückenhaut.

W. J. Dolshenkow: «Bericht über 100. Kataraktextractionen». (Jan.—Febr.).

Unter sämmtlichen Patienten 1 pCt. Kataraktkranke: 82 senile Staare, 6 weiche, 4 traumatische, 3 in oculo glaukomatoso, 2 Morgagnianae, 3 arido-siliquatae. Ohne Iridektomie 5 Operationen — davon in 4 Fällen Irisprolapse welche operirt werden mussten. 3 Vereiterungen. Visus $\frac{1}{\infty}$, ohne Aussicht auf Besserung durch Nachoperationen, in 3 Fällen.

R. F. Garnier: «Zur Pathologie des Glaukoms und die Bedeutung der Gefässveränderungen». (März, April).

G. bringt eine genaue makroskopische und mikroskopische Beschreibung eines Bulbus der wegen Secundärglaukom nach vorausgegangener Verletzung und traumatischem Katarakt enucleirt worden war. Die Structurveränderungen an den Gefässen, endarteritische Veränderungen ohne Entzündungserscheinungen, entsprechen nach G. genau der «Compensatorischen Endarteritis» Thoma's. Betreff der Entstehungsursache obiger Veränderungen in den Gefässen schliesst sich G. ebenfalls vollkom men der Theorie Thoma's an: «Dass überall da, wo eine mechanische Behinderung des Blutlaufes, oder bei Missverhältniss zwischen Gefässlumen und darin strömendem Blutquantum vorhanden sei, es zu compensatorischen endarteritischen Veränderungen komme». Die Befunde sowie deren Erklärung durch die Thoma'schen Untersuchungen müssen im Originale nachgelesen werden.

A. Kortnew: «Zur Kenntniss der Katarakte nach Ergotismus». (März—April).

Im Jahre 1889 und 90 beobachtete der Verf. (Landarzt) im Wjatkaschen Gouvernement eine Epidemie an ca. 2000 Menschen, welche in Folge Genusses von durch Mutterkorn verunreinigtem Brod hervorgerufen worden war. Bereits im 2. Monate seit Bestehen der Epidemie meldeten sich im Ambulatorium zahlreiche Kranke welche zugleich über Sehstörung klagten. Es liessen sich scharf zwei Gruppen scheiden: die Einen klagten über anfallsweise auftretende Sehstörungen von kurzer Dauer, die Anderen klagten über eine stetige Abnahme des Sehvermögens. Während der Krampfanfälle und des Gliederzitterns traten die Sehstörungen auf und liessen mit jenen zugleich auch nach. K. fand die Sehschärfe auf $\frac{1}{10}$ und weniger herabgesetzt.

Bei der bleibenden Form der Sehstörung erwies sich als Grund eine fortschreitende Trübung der Linse. Die Linsentrübung beginnt in der Mitte. Im Aussehen und in der Consistenz (operirte Fälle) unterscheiden sich die Staare garnicht von der gewöhnlichen senilen Staarform. Ophthalmoskopisch war bei den Kranken, zur Zeit des Anfalles, eine sehr prononcirte Blässe des Augengrundes und Gefässverengung zu constatiren. Die Staarreifung konnte in Zeiträumen von 3 Monaten bis zu einem Jahre beobachtet werden. Bei Kindern ging die Trübung der Linse schneller vor sich als bei Erwachsenen. K. beobachtete Katarakt bei 6 jährigen bis zu 54 jährigen. 15 Augen hat K. operirt. In 5 Fällen, an 8 bis 28 jährigen, machte er die Discission. Die anderen Fälle nach von Graefe operirt. Tension war stets normal. Auffallend langsam resorbirten sich die discidirten Katarakten. Bei zweien der Discidirten, deren Krankengeschichten gebracht werden, trat bald nach der Discission ein epileptiformer Anfall auf.

Diese Mittheilung ist ihrer Seltenheit wegen und als von einem Nichtspecialisten geboten gewiss besonders dankenswerth.

Debagori-Mokrjewitsch: «Zur Behandlung des Trachoms». (Mai—April).

Verf. empfiehlt die prominentesten und grössten Follikel anzuschneiden — nicht auszuschneiden — und dann hinterher eine Lösung von Cuprum sulfuricum in Glycerin einzuträufeln. Es muss mehrmals in 2 bis 3 tägigen Pausen wiederholt werden. (Scheint mir eine unnütz langsame und quälende Methode zu sein — wir haben ja bereits bessere. Ref.).

J. Günzburg: «Eine Statistik der Augenkrankheiten der Stadt Woronesh». (März—April).

Vom 1. October 1890 bis 1. October 1891 4061 Patienten. Trachom ist relativ selten: 52 Patienten. Senile uncomplicirte reife Katarakten — 21, davon 3 operirt. Thränenapparat nur 18 Kranke etc.

Th. Kubli: «Zweiter Bericht über die Ambulanz der Augenkranken am Hospital der «Barmherzigen Schwestern zur Kreuzerhöhung» in St. Petersburg», für die Zeit vom 1. Januar 1887 bis zum 1. Januar 1892, sowie kurze Mittheilungen aus der augenärztlichen Praxis». (März — Juni).

Innerhalb genannten Zeitraumes 20690 Patienten. Liderkrankungen 11,4 pCt.; Conjunctivalerkrankungen 41.0 pCt.; Cornea und Sklera 22,4 pCt.; Uvealtractus 2,5 pCt.; Glaukom 1,0 pCt.; Retina und N. Opticus 0,9 pCt.; Amblyopiae 1,2 pCt, Lens 2,3 pCt.; Refractio et Accomodatio 7,3 pCt.; Musculi et Nervi 2,4 pCt.; Organa lacrymalia 6,4 pCt.; Bulbus et Orbita 1,0 pCt.; Diversa 0,2 pCt.

K. geht sein Material gruppenweise durch, zieht Vergleiche mit anderen grösseren russischen Augenambulanzen und macht zahlreiche klinische und therapeutische Bemerkungen zu seinem grossen Materiale. Bietet der Bericht auch nichts besonders Neues so ist er doch für jeden praktischen Augenarzt durchaus lesenswerth, besonders für unsere Landsleute. Als bestes Desinficiens in der oculistischen Praxis empfiehlt Kubli Aq. chlori rein oder ½ mit Aq. dest. Wo Argentum nitricum zur Anwendung kommt, sei es in Lösung oder in Form des Stiftes, unterlässt er das Nachspülen mit Salzlösungen.

Trachom fand sich im Krankenmateriale mit 8,8 pCt. vertreten. Zwei Fälle acuten Trachom's sah Kubli sich entwickeln in Folge Eindringens schmutziger erdiger Bestandtheile in den Conjunctivalsack. Ob Conjunctivitis follicularis und Trachom verschiedene Krankheiten seien, kann K. nach seinen Erfahrungen nicht sagen, verlangt aber je nach der Art des Falles eine mildere oder energischere Therapie. Von den mechanischen Behandlungsmethoden des Trachoms hat K. nur das Ausdrücken der Körner acceptirt.

Analoge Reizzustände, wie man selbige bei gleichzeitigem Gebrauche von Calomel und Jod beobachtet, sah K. auftreten: in einem Falle wo eine Atropin-Jodoformsalbe in das Auge gestrichen worden und gleichzeitig Sublimatpillen gebraucht wurden; und in einem zweiten Falle war Atropin-Jodoform salbe in das Auge gestrichen und gleichzeitig eine Schmiercur gebraucht worden. Jodol hat sich K. nicht bewährt, besser ist Dermatol, beides kann jedoch das Jodoform nicht ersetzen.

Bei den verschiedensten geschwürigen Hornhauterkrankungen hat K. mit bestem Erfolge das Ferrum Candens angewandt. Die parenchymatöse Keratitis hält K. für ein veritables Symptom erworbener oder hereditärer Lues. Bei letzterer Form ist K. für eine Behandlung ohne Quecksilber! Die Schmiercur zieht K. der Injectionscur vor.

Im Capitel über das Glaukom bestätigt K., dass Eserin und Pilocarpin schneller und energischer wirken wenn gleichzeitig Cocain eingeträufelt wird. Cocain befördert die Resorption (Trussewitsch: Ueber den Einfluss des Cocain auf die Resorption). Auf die Dauer wird Pilocarpin, auch in starken Lösungen, besser vertragen als Eserin. Letzteres verursacht leicht Follicularkatarrh, ersteres niemals.

Die Erkrankungen des Thränen-Apparates betragen 6,4 pCt. aller Erkrankungen — eine sehr hohe Ziffer! Es leiden Frauen fast 3 Mal so häufig wie Männer. K. liess vom Collegen Sagradin alle 210 Fälle rhinoskopiren und pharyngoskopiren und dabei fand sich dass 92,4 pCt. gleichzeitig an chronischer Rhinitis et Pharyngitis (aller Arten) litten. Conjunctivitiden und Blepharitiden sind stets die Folge des Thränensackleidens, nicht aber das primäre Leiden. Nach K.'s Beobachtungen entwickelt sich Trachom leichter bei Individuen mit stenosirten oder erkrankten Thränenwegen.

K. berücksichtigt auch die Beziehungen der Influenza-epidemie von 1889 zu den Augenerkrankungen. Zur Zeit der Epidemie stieg die Zahl der Augenkranken nicht. Es wurden über 2500 Influenzakranke in derselben Heilanstalt empfangen und behandelt. Häufigeres Vorkommen von Neuralgia supraorbitalis war das Einzige, was auf die Influenza bezogen werden konnte.

Zum Schluss giebt K. eine Uebersicht über die 10 Jahre 1882 bis 1892 und vergleicht diese Zahlen mit denen anderer hiesiger Anstalten.

N. A. Gerken: «Zur Trachomfrage». (Mai, Juni).

Die gesammte Bevölkerung des Dorfes Sichterma im Spasski'schen Kreise des Kasan'schen Gouvernements wurde durchgesehen: 797 Seelen. Nicht gezählt Kinder bis zu einem Jahre. Die Bevölkerung bestand aus 98 Russen und 699 Tschuwaschen. Von den Russen hatten 5 pCt. «Trachom» und 4 pCt. «Follikel»; von den Tschuwaschen 56,7 pCt. «Trachom» und 10,8 pCt. «Follikel». Weiber erkranken fast doppelt so häufig als Männer; von 358 Weibern nur 23,2 pCt. Gesunde! Zwei Drittel sämmtlicher Kinder erwiesen sich als trachomkrank. Auffallend gering finden sich Complicationen mit Pannus, Trichiasis, Entropium etc. —12 bis 16 pCt. von allen Trachomkranken. Die Ansteckung scheint einzig durch unmittelbare Berührung von Person zu Person statt zu finden. Das Auftreten der Follikel hält G. für das erste Symptom der erfolgten Infection. Ungefähr ¼ der Trachomerkrankungen läuft im Narbenstadium ab ohne Complication von Seiten der Hornhaut—ein sehr günstiges Verhältniss! Die Häufigkeit des Trachoms unter der Tschuwaschen — Bevölkerung soll auf deren ganz exceptioneller Unsauberkeit beruhen. In einer Fussnote macht die Redaction des «Westnik oftalmologii» darauf aufmerksam, dass der Autor in seiner gesammten Untersuchung die Uebergangsfalten der Bindehaut garnicht berücksichtigt zu haben scheint.

(Wir müssen jedenfalls die befremdliche Thatsache bestätigen, dass in der gesammten Arbeit von diesen Theilen nirgends die Rede ist. Ref.).

J. Raschewski: «Beobachtungen aus der Praxis». (Mai—Juni).

I. Eine eigenthümliche Verletzung der Regenbogenhaut. Peitschenschlag: Iris an der Basis abgerissen. Das traumatische Kolobom von dreieckiger Gestalt mit der Spitze etwa 3 Mm. centralwärts reichend. Sehschärfe $\frac{20}{20}$! Alles wird mit diesem Auge allein scharf gesehen, einerlei ob durch das traumatische Kolobom oder durch die Pupille gesehen wird, bei wechselseitiger Verdeckung durch Papier.

II. Einfluss des Chinins bei Eiterung der Extractionswunde. Die Infection manifestirte sich am 4. Tage, sofort reichliche Waschungen und Einträufelungen einer Lösung von Chininum sulfuricum (pCt.?). Stetige Besserung. Nach 20 Tagen Verband fortgelassen. Nach 2 Monaten trotz randständiger leukomatöser Trübung der Cornea Visus $= \frac{15}{200}$

G. Rabinowitsch: «Noch ein Fall von günstiger Wirkung der Iridektomie bei acutem Glaukom, trotzdem bereits die Lichtempfindung fehlte». (Mai—Juni).

Die Iridektomie wurde 10 Tage nach Verlust der Lichtempfindung ausgeführt. Am 2. Tage nach der Operation stellte sich Lichtempfindung wiederum ein, und 5 Wochen nach der Iridektomie war die Sehschärfe $\frac{18}{30}$ mit + 3 D. rechts und $\frac{18}{200}$ links.

Germann.

Besprechung.

Aljantschikow: Die Augenkrankheiten und die Blindheit unter der Landbevölkerung der Gemeinden Prudowo, Kusowino und Dorsk des Kreises Nowotorshok, Gouvernement Twer, nach den Ergebnissen einer persönlichen Besichtigung. J. D. St. Petersb. 1892.

Ausführliche Arbeiten über die Augenkrankheiten und Erblindungsursachen innerhalb eines bestimmten, wenn auch engen, Rayons sind bei uns noch nicht zahlreich. Dies wird verständlich, wenn man die Schwierigkeiten erwägt, welche solchen Untersuchungen entgegenstehen. Und doch sind solche zuverlässige Beiträge zur Statistik der Augenkrankheiten und zur Aetiologie der Blindheit in Russland, trotz der relativen Kleinheit der Zahlen, von hohem Werthe, weil sie besser als alle allgemeinen Erhebungen geeignet sind, ein wahres Bild von der Verbreitung und Gefährlichkeit gewisser Augenkrankheiten in einer Gegend zu geben und so auch einer rationellen, die localen Verhältnisse berücksichtigenden Prophylaxe die richtigen Wege zu weisen. Verf. hat sich der überaus mühsamen Arbeit unterzogen, die gemischte, aus Russen und Karelen bestehende Bevölkerung dreier Gemeinden (волости) des Gouvernements Twer in Bezug auf den Zustand der Augen persönlich zu besichtigen und hat das unter den grössten Schwierigkeiten und Mühsalen gesammelte Material statistisch verarbeitet. Wir machen alle Diejenigen, welche sich für die Frage der Verhütung der Blindheit interessiren, — und das Interesse für diese Sache scheint ja bei uns zu Lande jetzt in erfreulicher Weise rege zu werden, — auf diese Specialarbeit aufmerksam, welche genauer zu referiren hier nicht der geeignete Ort ist.

Blessig.

Дозв. ценз. Спб. 25 Іюля 1892 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 6. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1892.

Wratsch Nr. 1—15.

W. M. Bechterew: «Ueber Behandlung von Zwangsvorstellungen durch hypnotische Suggestion». (1).

E. W. Adamük: «Ueber Behandlung der Affectionen des Thränensackes». (1).

B. S. Greidenberg: «Periodische Neuropsychose auf hysterodegenerativer Grundlage». (1).

P. D. Enko: «Detritus oder Lymphe?» (1).

Zum Schlusse der Mittheilung über seine Erfahrungen stellt Verf. einige Sätze auf, nach welchen eine Sichtung des Materials vorgenommen werden müsste, falls diese Frage auf statistischem Wege entschieden werden sollte.

W. W. Tokarenko: «Echinococcus des linken Leberlappens. Operation nach Sänger. Heilung». (1).

Casuistischer Beitrag.

M. M. Krasin: «Rhinoplastik mit goldener Prothese». (2).

Da bekanntlich osteoplastische Methoden nicht immer gute Resultate liefern, hat Verf. eine Prothese aus einer durchlöcherten Goldplatte bestehend construirt, welche genau nach dem Defect im Knochen resp. Knorpel angefertigt ist und während der Operation mit Platindrath an den Hautlappen befestigt wird. Die Erfahrungen K.'s beziehen sich auf 19 Fälle mit mehr weniger günstigen Resultaten.

O. W. Petersen: «Das Europhen als Verbandsmittel». (2).

Conf. St. Petersb. med. Woch. Nr. 14 pag. 131.

W. A. Petrow: «Kaiserschnitt wegen einer Beckengeschwulst». (2).

I.-Para. Grosser harter Tumor in der Kreuzbeinaushöhlung, den Beckenausgang bis auf 5½ Cm. verkleinernd. Sectio caesarea; lebendes Kind. Tod am 5. Tage unter maniakalischen Erscheinungen, bedeutende Pulsschwankungen bei fast normaler Temperatur. In Folge letztern Umstandes möchte Verf. die Erscheinungen nicht unbedingt auf Sepsis beziehen.

W. A. Petrow: «Ein Fall von Porro-Operation». (2).

Primipara, sehr protrahirter Geburtsverlauf. Conjugata diagonalis 8½ C. (rhachitisch (?) verengtes Becken). Operation nach Porro. Lebendes Kind, normales Wochenbett und Wundverlauf.

S. P. Werekundow: «Die Immunität der Einwohner Petersburgs für Abdominaltyphus». (1, 2).

Verf. zieht gegen die allgemein verbreitete Ansicht zu Felde, dass die in Petersburg geborenen Einwohner verhältnissmässig selten am Typhus erkranken und sucht an der Hand von Statistiken nachzuweisen, dass eine bedeutende Anzahl der in P. geborenen Kinder schon im jugendlichen Alter (bis 15 Jahre) den Typhus durchmacht. Da die Mehrzahl der Menschen nur einmal einer Typhusinfection zugänglich ist, so sieht Verf. in der bedeutenden Morbilität im Kindesalter die Ursache einer geringeren Empfänglichkeit der erwachsenen Stammbewohner Petersburgs für das Typhusgift.

N. S. Protopopow: «Zur Frage von dem Einfluss des Cognac's auf die Assimilirung des N. und der Fette der Nahrung bei gemischter Milchdiät». (3).

Vorläufige Mittheilung.

A. A. Kissel: «Zur Casuistik angeborener Herzfehler bei Kindern mit besonderer Berücksichtigung der Frage von dem Zusammenhang der angeborenen Enge der Lungenarterienöffnung mit dem Lumen im Septum der Ventrikel». (3).

Prof. S. D. Kostjurin: «Ueber den Pneumococcus, welcher während der Grippeepidemie in Charkow. (Herbst 1891 bis Winter 1892) gefunden wurde». (4).

Während der Epidemie wurden häufig Complicationen der Influenza mit Lungenentzündungen beobachtet. Verf. gelang es aus dem Sputum solcher Pat. Reinculturen eines Diplococcus darzustellen, welcher einige Aehnlichkeit mit dem Fränkel'schen hatte. An weissen Ratten und Meerschweinchen vorgenommene Impfungen führten zu keinem absolut sicheren Resultate, so dass es noch unbestimmt ist, ob diese Mikrobien specifisch für Lungenentzündung oder für Grippe sind.

A. J. Jarozki: «Zur Frage von der Verbreitung der Syphilis auf dem Lande». (4).

J. W. Rybalkin: «Zur Lehre von den motorischen Neurosen des Magens». (4).

Verf. theilt einen Fall mit, in welchem es sich um eine hysterische Paralyse der Magenmuskulatur handelte. Nach Ansicht des Verf.'s waren höchstwahrscheinlich nicht alle Muskelgruppen gelähmt, weil es zur Erweiterung des Magens kam, obgleich die zur peristalischen Fortbewegung dienenden Muskelgruppen noch functionirten.

M. W. Lunkewitsch: «Bemerkungen über die Blutuntersuchungen auf Mikrobien des Sumpffiebers». (5).

A. J. Merz: «Zur Frage von den Veränderungen des Testikels bei Unterleibstyphus». (5).

In allen untersuchten Fällen fand Verf. die Testikel mehr weniger afficirt. Mit dem Beginne der Erkrankung hört auch die Functionsfähigkeit des Organs auf. In der ersten Woche der Erkrankung lassen sich noch Samenfäden nachweisen, im Laufe der 2. Woche verschwinden dieselben jedoch vollständig. Während in der ersten Woche eine Infiltration mit Granulationselementen hauptsächlich nur im interstitiellen Gewebe stattfindet, gehen in der 2. Woche schon im Parenchym selbst Veränderungen vor sich. Im Allgemeinen kann die Affection des Testikels sein 1) eine diffus vom interstitiellen Gewebe aus beginnende und in der Folge auf das Parenchym und auf die Wandungen der Kanälchen übergehende. 2) kann ausser den Erscheinungen, welche durch die Allgemeininfection des Organismus hervorgerufen werden, noch eine locale Entzündung Platz greifen, welche durch die producirten Typho-Toxine der eingedrungenen Mikrobien bedingt wird. Zuweilen gehen die Entzündungsherde in Eiterung über. Sowohl allgemeine, als auch locale Erkrankungen des Testikels können gleichzeitig neben einander bestehen.

W. W. Potejenko: «Zur Therapie der Syphilis mit Injectionen in Wasser unlöslicher Hg-Präparate in der landärztlichen Praxis». (5),

Vorzüge dieser Behandlungsmethode sollen sein 1) die Billigkeit 2) werden die Pat. nicht von der Arbeit abgehalten und brauchen ihre Lebensweise nicht zu verändern.

A. Pawpertow: «Zur Frage von dem Einfluss tiefer In- und Exspirationen auf die Assimilirung von Fetten in der Nahrung bei gesunden Menschen». (6).

Vorläufige Mittheilung.

S. D. Kostjurin: «Polykymographion». (Beschreibung eines vom Verf. construirten Apparates).

J. Borowikow: «Ueber Sehnenreflexe beim gesunden Menschen». (6).

W. A. Stolypinski: «Der gegenwärtige Stand der Frage von der Technik der Uterus-Totalexstirpation per vaginam». (6).

Nachdem Verf. in Kürze die Methoden hervorragender Operateure skizzirt hat, giebt er folgenden Operationsplan an. 1) Die Operation muss unter antiseptischen (aseptischen) Kautelen ausgeführt werden. 2) Lagerung der Pat. in Steissrückenlage. 3) Circulärer Schnitt durch die Portioschleimhaut an der Uebergangsstelle derselben in die Scheidenschleimhaut. 4) Eröffnung des hinteren Douglas'schen Raumes. 5) Unterbindung der unteren Abschnitte der lig. lata und der Uterinarterien. 6) Eröffnung des vorderen Douglas (in schweren und zweifelhaften Fällen mit Hilfe des Fenomenow'schen Hakens) 7) Unterbindung der oberen Abschnitte der lig. lata und Entfernung des Uterus ohne Umstülpung desselben».

W. W. Podwyssozki und J. G. Sarotschenko: «Ueber Parasitismus in den Carcinomgeschwülsten in Zusammenhang mit der Beschreibung einiger sporenähnlicher Parasiten in den Krebszellen». (7).

Sehr lesenswerthe, zu kurzem Referate nicht geeignete Abhandlung.

J. Potapenko: «Zur Aetiologie der periodischen Augenentzündung oder Mondblindheit der Pferde. (ophthalmia periodica; irido-chorioiditis recidiva; fluxion periodique)». (7).

Vorläufige Mittheilung.

P. J. Rosenbach: «Zur Lehre von den traumatischen Neurosen». (8).

Krankengeschichte eines Pat. mit functionellen Störungen des Nervensystems, welche durch ein Trauma verursacht waren. Den Schluss bilden literärische Notizen.

W. P. Rajew: «Ein Fall von croupöser Pneumonie mit unregelmässigem Verlauf». (8).

M. Abelmann: «Peliosis rheumatica im Säuglingsalter». (9). Conf. St. Petersb. med. Wochenschr. Nr. 15.

A. J. Samschin: «Die Autoinfection vom bakteriologischen und experimentellen Gesichtspunkte aus». (8, 9).

Die Studien welche S. ausschliesslich an Hündinnen gemacht hat, bewiesen, dass das Scheidensecret der Thiere pathogene Mikrobien enthält. Es gelang Verf. ferner einen specifischen Staphylococcus-ähnlichen Mikroben zu züchten.

N. K. Kondratkowski: «Die kleinrussischen «klugen Männer und Frauen» und ihre Behandlungsmethoden». (9, 10).

Verf. schildert die Thätigkeit dieser Kurpfuscher hauptsächlich auf dem Gebiete der «Besprechungen», Massage und Hydrotherapie.

J. F. Selenow: «Zur Frage von der syphilitischen und Hg-Chloro-anaemie». (10).

Vorläufige Mittheilung.

J. J. Schendrikowski: «Einige Worte zur Behandlung der Gallenkoliken». (10).

S. empfiehlt gegen heftige Kolikanfälle heisse Kompressen oder besser Wannen (28—30° R.) 10 Minuten lang. Diese Methode hat sich in 3 Fällen, wo alle Narcotica ohne Erfolg angewandt wurden, glänzend bewährt.

W. W. Ssutugin: «Beobachtungen über Abdominalschwangerschaft». (7—10).

Nach Beschreibung mehrerer recht interessanter Krankengeschichten von Grav. extrauterina abdominalis und Besprechung derselben, stellt Verf. einige Thesen auf, welche in Kürze folgenden Inhalt haben. 1) Eine Bauchhöhlenschwangerschaft ist ohne Zweifel möglich und gar nicht so selten wie Einige annehmen. Dass dieselbe verhältnissmässig selten diagnosticirt wird, hängt von der häufigen Unterbrechung der Schwangerschaft ab, wodurch ein Haematom vorgetäuscht wird; Eine vollständige Austragung der Frucht ist dessenungeachtet möglich. 2) Bei ungehindertem Verlauf wird die Bauchhöhlenschwangerschaft häufiger als alle anderen Extrauterinschwangerschaften als eine normale Schwangerschaft angesehen. Diese Anomalie bedingt häufiger als andere Formen Erscheinungen von Darmocclusion und Abknickung der Ureteren sowie bemerkenswerthe Symptome die Harnsecretion betreffend. 3) Bei der Diagnose ist zu beachten, dass bei Bauchhöhlenschwangerschaft der Uterus grösser zu sein pflegt, als bei den anderen Formen von Extrauterinschwangerschaft, dessgleichen sind die Contouren desselben weniger deutlich palpirbar. Eine Entwickelung der Placenta im Douglas bedingt Verengerung der Scheide und Hochstand der Gebärmutter. Vor allen Dingen muss bei der Diagnose eine Retroflexio uteri gravidi ausgeschlossen werden.

S. W. Lewaschew: «Ueber den Infectionserreger des Flecktyphus». (11).

Vorläufige Mittheilung.

L. fand im Blute an Flecktyphus Erkrankter bei 2000—2500 facher Vergrösserung 1) runde Gebilde, welche er als Kokken anspricht (Micrococcus exanthematicus) 2) Spirillen 3) Gebilde mit langem fadenförmigem Fortsatze, welche er als Kokkospirillen oder Spirochaeten bezeichnet. L. hält es für höchst wahrscheinlich, dass alle diese Gebilde sich bei weiteren Forschungen auf eine Form werden zurückführen lassen.

E. Th. Schuljanski: «Zur Frage von dem Einfluss der Ernährung junger Thiere mit tuberculösem Fleisch». (12).

Vorläufige Mittheilung.

Eine ausschliessliche Ernährung junger Thiere mit rohem oder gekochtem tuberculösem Fleische ruft keine Tuberculose hervor, sondern führt zu einer Erkrankung, verbunden mit Veränderungen parenchymatöser Organe, wie solche einigen Vergiftungen eigen sind.

J. W. Lewaschew: «Ueber die Resultate der Behandlung der Tuberculose der Athmungsorgane mit Cantharidin. (10—12).

Nach L. ist das Cantharidin selbst bei lange fortgesetztem und energischem Gebrauch nicht im Stande die Erkrankung zu heilen, obgleich es von Zeit zu Zeit mehr weniger bedeutende Schwellungen in den tuberculös afficirten Partien der Athmungsorgane hervorruft. Ein Aufhalten des Krankheitsprocesses selbst auf kurze Zeiträume ist von demselben gleichfalls nicht zu erwarten. Verf. schliesst sich daher denjenigen Autoren, welche einen therapeutischen Nutzen des Cantharidin leugnen, vollkommen an.

M. M. Nastjukow und M. J. Pewsner: «Ueber die Anwendung von Sublimat-Anilinfarbstofflösungen in der Bakteriologie». (13).

Auf 100 Cc. einer wässerigen Sublimat- (1:1000) und Chlorammoniumlösung (1:2000) nimmt man nach Angabe der Verf. 10 Cc. einer 10 pCt. alkoholischen Lösung eines Anilinfarbstoffes.

W. P. Obraszew: «Ueber die physikalische Untersuchung der Därme». (12, 13).

W. K. Wyssokowitsch: «Ein Fall von Rotz beim Menschen». (13, 14).

P. P. Schipilin: «Zur Frage von dem Einfluss des Schwefeläthers auf N-Aufnahme und -Umsatz bei gesunden Menschen». (15).

Vorläufige Mittheilung.

D. L. Romanowski: «Zur Diagnose des unregelmässigen und des 4 tägigen Sumpffiebers». (15).

Vorläufige Mittheilung.

Auf Grund seiner Studien stellt R. die These auf, dass der Mikroorganismus, welcher das unregelmässige Malariafieber hervorruft, mit dem Erreger des Fiebers mit 4 tägigem Typus identisch seien.

J. N. Obolenski: «Die Grippe und Lungenentzündung in Charkow im Herbst 1891». (13—15).

Dobbert.

Medizinskoje Obosrenje Nr. 11—14.

I. Selenew: «Zur Casuistik der Erytheme». (Nr. 11),

Ausführlicher Bericht über 4 Krankheitsfälle: 2 Herpes iris (circinatus) 2 Erythema exsudativum multiforme.

A. Lanz: «Die radicale Entfernung von Haaren mittelst Elektrolyse» (Nr. 11).

Verf. gelangt zu folgenden Resultaten: Die einzige radicale Epilationsmethode ist die Elektrolyse. Bei Anwendung schwacher Ströme und regelrechter Einführung der Nadel sind die Narben infolge der Operation sehr geringfügig. Die Stromstärke muss 2—4 MA. gewählt werden. Während einer Sitzung sind nicht mehr als 20—30 Haare zu entfernen. Schmerzen bei der Operation sind sehr geringe. Zur Operation gebraucht Verf. dünne Nähnadeln (Nr. 12).

S. Korschenewki: «Bericht über 100 Fälle von Cataraktoperationen (Nr. 11).

M. Bernstein: «Zur Therapie der Conjunctivitis follicularis (Nr. 11).

Bericht aus der Königsberger Augenklinik. Die Behandlung bestand in Massage der Conjunctiva mit einer Sublimatlösung (1:2000) — nach der sog. Keinig'schen Methode. Die Resultate waren recht gute.

G. Ssolowjew: «Ein Fall von unstillbarem Erbrechen», combinirt mit Polyneuritis bei einer Schwangernden (Nr. 11).

A. Eberlin: «Fälle von fehlerhafter Entwicklung der weiblichen Genitalien» (Nr. 11).

1. Hypoplasia genital. externa et interna. Uterus rudimentarius. 2. Atresia vaginae completa. Uterus rudimentarius et adnexa dextra rudimentaria.

S. Schanjawski: «Ein Fall von Vagina septa supra simplex als Geburtshinderniss» (Nr. 11).

W. Muratow: «Ueber die Steigerung der Reflexe bei Polyneuritis» (Nr. 12).

Verf. gelangt zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Das klinische Bild der aufsteigenden Paralyse muss etwas erweitert werden. Aenderungen der elektrischen Erregbarkeit. Laesionen im Gebiete der Sphinkteren und der Sensibilität sind als wohl mögliche Symptome aufzufassen. 2. Die Polyneuritis kann sich mit spinalen Symptomen compliciren. Diese Symptome können entweder auf organischer Laesion beruhen, oder aber nur irradiirt sein. 3. Die Laesion der Muskulatur braucht nicht immer secundär aufzutreten; die Muskeln können auch zu gleicher Zeit mit den Nerven afficirt werden. Diese Form wird dann als Myoneuritis bezeichnet.

I. Priklonski: «Zwei Fälle von syphilitischer Erkrankung der Gelenke» (Nr. 12).

S. Goldenberg: «Vier Fälle von Heilung der Syphilis durch Excision der primären Induration» (Nr. 12).

Postnikow: «Zur Behandlung der Patella-Fracturen» (Nr. 13).

An der Hand von 2 Fällen, die Verf. erfolgreich mittelst Massage behandelt hat, giebt er eine kurze Uebersicht über alle therapeutischen Massnahmen, welche bei Fractur der Patella in Anwendung gebracht worden sind. Als beste Methode erweist sich die Massage, welche recht frühzeitig angewandt werden muss.

P. Radzig: «Mentholisator» (Nr. 13).

Verf. giebt die Beschreibung eines Apparates zur Insufflation von Mentholdämpfen in die Nase.

N. Filatow: «Zur Behandlung der Diphtherie» (Nr. 13).

Vortrag, gehalten in der pädiatrischen Gesellschaft zu Moskau (enthält nichts Neues).

Studenezki: «Zur Therapie der serösen Exsudate» (Nr. 13).

Verf. hat sehr gute Resultate erzielt mit dem Antipyrin und Antifebrin. Regelmässig konnte er eine Abnahme der Exsudate unter dem Einflusse dieser Mittel beobachten, dabei eine starke Zunahme der Diurese. Gewöhnlich wurde dem Antipyrin und Antifebrin Coffein oder Spartein in kleinen Dosen zugefügt. Diese Mittel per se gegeben konnten aber die Exsudation nicht beeinflussen, sie dienten nur als Tonica.

P. Pawlow: «Ein Fall von Reinfection mit Syphilis». (Nr. 14).

Die Reinfection trat hier nach 5 Jahren ein, nachdem der Patient 1 Jahr vordem von seinem gummösen Stadium geheilt worden war.

A. Lanz: «Zur Casuistik der Arzneiexantheme» (Nr. 14).

Eine 29jährige Frau, die an heftigem Husten und Brustschmerzen laborirte, erhielt Dower'sche Pulver, nach deren Einnahme ein diffuses Exanthem am ganzen Körper sich einstellte. Die ganze Haut vom Kopfe bis zu den Füssen war diffus geröthet und mit Epidermisschuppen bedeckt; an einzelnen Stellen schälte sich die Epidermis in ganzen Platten ab. die Hautentzündung dauerte einige Tage und ging dann allmählich wieder zurück. Nach einiger Zeit wurden gegen den Husten wieder Dowersche Pulver à 0,3 verordnet. 7 Stunden nach Einnahme des ersten Pulvers trat ein heftiger Schüttelfrost auf, die Haut wurde wieder roth und geschwellt, die Temperatur blieb normal; später stellte sich wieder die starke Abschuppung ein. Dieselben Veränderungen constatirte Verf. bei der Frau nach Eingabe von 5 Tropfen Opium. Es war somit klar, dass es sich um eine Dermatitis medicamentosa gehandelt hat. Solche Hautentzündungen wurden auch von G. Behrend, Brand, Silbermann und anderen Autoren nach Darreichung von Opiumpräparaten beobachtet.

T. Schabad: «Ueber Asthma cardiale» (Nr. 14).

Krankenbericht.

P. Hausner: «Ein Fall vom Embryokardie bei einem Herzklappenfehler» (Nr. 14).

Der Name Embryokardie ist von Huchard eingeführt worden (1888). Dieser Autor versteht darunter eine ganz bestimmte Veränderung des Herzrythmus: 1. beschleunigte Herzthätigkeit. 2. Gleiche Dauer beider Herzpausen, der grossen und der kleinen. 3. Gleicher Timbre beider Herztöne. Huchard beobachtete diesen Symptomencomplex bei Patienten mit Abdominaltyphus und hielt ihn für prognostisch schlecht. Verf. hat nun diese Embryokardie bei einem Kranken, der an Schlussunfähigkeit der Mitralklappe laborirte, im Stadium der Compensationsstörung auftreten gesehen; die Herzschwäche bedingte nach Verf. den beschleunigten Puls; in Folge der verminderten arteriellen Spannung trat eine Verlangsamung des 2. Tones und dadurch eine Verlängerung der ersten Pause ein. Nach Digitalis schwanden die geschilderten Symptome binnen Kurzem. Verf. meint mit Grasset, dass der ganze Symptomencomplex durch das Sinken des arteriellen Druckes genügend erklärbar sei.

Abelmann.

Chirurgitscheskij westnik. April – Aug.

R. W. Butz: Zur Frage der Behandlung gangränöser Hernien. (Schluss). (April). Cfr. S. 7 u. 19 d. Beilage.

Verf. berichtet noch über 8 eigene Fälle und unterzieht sodann das von ihm zusammengetragene Material (204 Fälle, die durch Anlage eines Anus praeternaturalis, und 219 Fälle, welche durch primäre Resection behandelt waren) einer statistischen Untersuchung, aus welcher er folgende Schlüsse ableitet.

In vorgeschrittenen Fällen (Phlegmone der Bauchdecken, Gangrän des Bruchsackes und Perforation der Darmschlinge) begnüge man sich mit Oeffnung und Desinfection des Kothabscesses.

Bei Grangrän der Darmschlinge und starkem Collaps durchtrenne man den einklemmenden Ring durch Schnitt von aussen her, fasse die Schlinge oberhalb der Einschnürung, resecire im Gesunden und vernähe beide Lumina mit der Haut. Zur nachherigen Beseitigung des Anus praeternaturalis bediene man sich der älteren Methoden von Dupuytren, Bruns u. A. Die Secundärresection hat nur als ultimum refugium, sowie, wo Gefahr im Verzug ist, Berechtigung. Statt ihrer kann in gewissen Fällen die Enteroanastomose mit Vortheil angewandt werden.

Die Primärresection ist angezeigt bei fehlendem oder mässigem Collaps. Bei der Ausführung derselben sind wichtig: sorgfältigste Desinfection des Bruchsackes; breite Eröffnung des Bruchkanales und vorsichtiges Vorziehen der Schlinge, besonders des zuführenden Theiles; Resection im Gesunden. Entleerung des Darmes vor Anlegung der Naht; Reposition nach derselben; Offenlassen der Bruchpforte. Schon bestehende Peritonitis ist keine Gegenindication; doch ist dann die Bruchpforte zu drainiren.

Von den Nahtmethoden sind die von Czerny und Wölfler (zweizeitige Naht) die sichersten; das beste Material Seide.

Besondere Berücksichtigung verdienen die Methoden der Amerikaner (Senn, Kolinsen, Ashton, Boldy) wegen der Schnelligkeit, mit der sie sich ausführen lassen. Dagegen sind die von Hahn und Helferich empfohlenen Methoden unnöthig complicirt.

G. Z. Turner: Zur Anatomie des Blinddarmes und Wurmfortsatzes mit Bezug auf die Pathologie der «Perityphlitis». (Fortsetzung und Schluss.) (April—Mai).

In gleich ausführlicher Weise wie den historisch-klinischen Theil (Chir. Westn. 1892. März) behandelt Verf. auch die Anatomie und Entwickelungsgeschichte des Blinddarmes und Wurmfortsatzes, sowohl auf Grund eingehender literärischer Studien, als auch einer nicht unbedeutenden Anzahl (105) eigener Leichenöffnungen. Bei letzteren beobachtete er folgende Lagerungsmöglichkeiten für die genannten Darmabschnitte:

I. Der Wurmfortsatz liegt frei in der Bauchhöhle:

A.	Derselbe hängt in das kleine Becken hinab	51 mal.
B.	Er zieht sich quer über d. M. psoas nach dem Promontorium	20 »
C.	Er liegt frei auf dem M. iliacus oder psoas	6 »
D.	Er zieht längst der lateralen Oberfläche des Colon asc. nach oben . .	2 »
E.	Er liegt in der Mittelbauchgegend unter Querlagerung des Anfangstheiles des Dickdarms	3 »
F.	Er liegt vor der rechtsgelagerten Flexura sigmoïdea	1 »
	Im Ganzen	83 mal.

II. Der Wurmfortsatz liegt hinter dem Anfangstheil des Dickdarms, zwischen diesem und der hinteren Bauchwand oder der Fossa iliaca:

G.	Er liegt zusammengerollt hinter der Vereinigungstelle von Ileum und Coecum	4 mal.
H.	Er liegt hinter dem Blinddarm in der Fossa subcoecalis verborgen . . .	5 »
I.	Er zieht intraperitoneal längs der hinteren oder postero-medialen Fläche des Dickdarms hinauf	6 »
K.	Desgleichen vollkommen extraperitoneal.	2 »
L.	Desgleichen theilweise extraperitoneal	4 »
M.	Er liegt hinter dem Grunde des Blinddarms, welcher seinerseits nach oben und hinten gekehrt ist	1 »
	Im Ganzen	22 mal.

Verf. bespricht nun ausführlich den Einfluss, welchen diese Lagerungsvarietäten des Wurmfortsatzes auf den klinischen Verlauf der Perityphlitis haben, um dann zum Schluss die Resultate seiner Studien in folgenden Sätzen zusammenzufassen:

Der Blinddarm bildet nicht einen anatomisch genau abzugrenzenden Darmabschnitt, sondern stellt eben nur das Anfangsstück des Dickdarmes dar. Derselbe ist stets auch von der Rückseite mit Peritoneum bekleidet.

Der Wurmfortsatz entspricht vergleichend anatomisch dem Blinddarm der Thiere, hat aber beim Menschen keine physiologische Bedeutung mehr, unterliegt auch im Laufe des Wachsthums einer Reihe von atrophischen Veränderungen, deren Resultat besonders im höheren Alter deutlich ist. Die anomalen Lagerungen desselben lassen sich entwickelungsgeschichtlich erklären. Als besonders häufige Anomalie ist die Lage hinter dem Blinddarm anzusehen.

Entzündliche Processe in der Umgebung des Blinddarms gehen fast immer vom Wurmfortsatz aus. Die höhere Morbilität im jugendlichen Alter erklärt sich durch die dann noch weitere Communication der Lumina von Wurmfortsatz und Blinddarm. Die Valvula Gerlachi spielt dabei — wenn sie überhaupt existirt — keine irgend bedeutende Rolle.

Die sog. «Perityphlitis» stellt meist eine vom Wurmfortsatz ausgegangene circumscripte Peritonitis dar. Der dabei producirte Eiter liegt intraperitoneal.

Die «Paratyphlitis» ist nicht als Complication oder Ausgangsform einer gewöhnlichen «Perityphlitis» (Appendicitis) anzusehen, sondern als schon von Anfang an retroperitoneale Phlegmone, entstanden durch Erkrankung (Perforation) des extraperitoneal (hinter dem Coecum) gelegenen Proc. vermiformis. Auch hier haben also Erkrankungen des Blinddarmes selbt fast gar keine aetiologische Bedeutung.

Circumscripte Eiterungen in den inconstanten peritonealen Taschen hinter dem Blinddarm können eine Paratyphlitis vortäuschen, haben aber nicht von Anbeginn an die Neigung sich im Zellgewebe auszubreiten. Andererseits dürfte eine bedeutende Anzahl von Zellgewebseiterungen der Lumbalgegend (Absc. subphren., Paranephritis) durch Erkrankungen des Wurmfortsatzes bedingt sein.

Für die Diagnose der Perityphlitis ist die Untersuchung der Lendengegend sowohl, als des Mastdarmes unentbehrlich Die Probepunction dagegen ist nicht nur gefährlich, sondern kann sogar direct irreleiten.

N. A. Schtschegolew: Ueber die Aetiologie der acuten Eiterungen. Experimentell und klinisch-bakteriologische Untersuchungen aus der Klinik des Professors M. S. Ssubbotin (Mai—Juli).

In dem bisher vorliegenden Theile seiner Arbeit giebt Verfasser zunächst eine Uebersicht über die neuere Entwickelung der ihn interessirenden Frage. Sein eigenes Programm, zu dem er sodann übergeht, war: sicher festzustellen 1) ob durch chemische Agentien Eiterung erzeugt werden kann oder nicht; 2) ob die bakterielle Eiterung von Stoffwechsel- oder von Zerfallsproducten der Bakterien herrührt; 3) ob eine nicht bakterielle Eiterung eventuell auch allgemeine Leukocytose hervorruft oder nicht. Er stellte also zunächst eine Reihe von Versuchen an mit Einführung von chemischen Reizmitteln in thierische Gewebe, meist nach der Methode Councilman-Scheuerlen, seltener mittelst der Koch-schen Spritze. Dabei erhielt er bakterienfreie Eiterung durch Terpentin, metallisches Quecksilber und, im Gegensatz zu den meisten früheren Experimentatoren, durch Crotonöl. Fünfprocentige Höllensteinlösung erzeugte ein haemorrhagisch-eitriges Exsudat. Ti. cantharidum, 2 pCt. Sublimat- und 10 pCt. Chlorzinklösung riefen keine Eiterung, wohl aber letztere circumscripte Hautnekrose hervor.

Auch die Versuche mit lebenden und mit sterilisirten oder filtrirten Bakterienculturen bestätigen im Wesentlichen die schon bekannten Thatsachen; d. h. Verf. erhielt Eiterung erst durch Einführung rel. grosser Mengen von lebenden und desgleichen auch durch entsprechende Quantitäten sterilisirter Culturen. Während aber 10 Cbcm. des Filtrates von sterilisirten Culturen wohl entzündliche Schwellung, aber noch keine Eiterung hervorriefen, genügten dazu bereits 3 Cbcm. des sterilisirten, die abgestorbenen Zellen enthaltenden Rückstandes. Aus diesem Umstande schliesst Verf., dass an der Erzeugung der Eiterung in höherem Maasse Producte des Zerfalles der Bakterienzelle, als solche ihrer Lebensthätigkeit betheiligt sind.

Auch die Untersuchungen über den Einfluss chemischer Irritantien (Terpentin, Quecksilber, Crotonöl), sowie von Reinculturen des Staphylococcus aurantiacus (lebenden, filtrirten und sterilisirten) auf die Körpertemperatur und die allgemeine Vermehrung der weissen Blutkörperchen bei Hunden ergaben, in Uebereinstimmung mit den bekannten älteren Ergebnissen, dass Eiterung — bakterielle und nichtbakterielle — immer von einer beträchtlichen entzündlichen Leukocytose begleitet ist, welche stets schon vor der Ausbildung des Abscesses im Stadium der entzündlichen Infiltration constatirt werden kann. Auch hier zeigte sich ferner, dass die Leukocytose wesentlich nur durch den Filterrückstand der sterilisirten Culturen, fast gar nicht durch das Filtrat hervorgerufen werden, dass also die wirksamen Bestandtheile dem Zellenleibe der Mikroben selbst angehören.

Zum Schlusse berichtet Verf. noch kurz über die bakteriologische Untersuchung einer Anzahl von acuten Abscessen beim Menschen, wobei er ausnahmslos die Anwesenheit von Mikroorganismen constatirte, und zwar in 67,2 pCt. der Fälle nur Staphylokokken, in 23,6 pCt. nur Streptokokken und in 9,1 pCt. ein Gemisch von beiden.

N. A. Ssokolow: Ueber die Blutcysten am Halse. Aus der chir. Abth. des Klinischen Institutes der Grossfürstin Helene Pawlowna. (Juni).

Kurze Zusammenstellung der bisherigen Casuistik (34 Fälle) und Beschreibung eines neuen Falles, der durch 3 Punctionen geheilt, aber nicht genauer untersucht wurde. Dazu einige Angaben über die pathologische Anatomie dieser Blutcysten auf Grund literärischer Studien.

B. N. Choljzow: Ueber die Blutstillung bei Verwundung grosser Venen und über die Unterbindung der Vena femoralis communis im Besonderen. Aus der chir. Abth. des Obuchow-Hospitals. (Juni—Aug.).

Die Arbeit beginnt mit einem Abschnitt über die blutstillende Bedeutung der Unterbindung des gleichnamigen Arterienstammes bei Verletzung einer grossen Vene, welche Methode auf Grund emsig zusammengetragener literärischer Zeugnisse natürlich verworfen wird.

Der zweite Abschnitt der Arbeit handelt von Gefahren, welche durch Verletzung grosser Venenstämme bedingt werden (Blutung und Lufteintritt), der dritte von dem Mechanismus der natürlichen Blutstillung und von der künstlichen Verwerthung desselben, in specie durch Compression und Tamponade. Beide Eingriffe (besonders aber die mittelbare Compression) will Verf. wegen ihrer Unsicherheit nicht als Normalmethoden gelten lassen, um so weniger, als eine Erhaltung des Venenlumen dabei doch nur bei ganz kleinen Verletzungen der Gefässwandungen denkbar und irgend ein Vorzug vor der Ligatur daher nicht vorhanden ist. — Auch in diesen Abschnitten ist die Literatur in breitester Weise berücksichtigt, eigentlich Neues aber nicht beigebracht.

Verf. bespricht weiter die jetzt glücklicher Weise überwundene Gefahr der Thrombose und Pyämie nach der Venenligatur und setzt dann auseinander—immer an der Hand der ausschlägigen Literatur, — dass die Unterbindung der gleichnamigen Arterie die Entwickelung eines Stauungsödems nicht nur nicht verhindert, sondern sogar begünstigt; insofern als durch Herabsetzung der vis à tergo die Steigerung des intravenösen Druckes und damit die Erweiterung der Collateralen beeinträchtigt wird. Das Stauungsödem ist mit Sicherheit durch Hochlagerung bei intacter Arterie zu bekämpfen. Zum Studium der Entwickelung des collateralen Kreislaufes sind nur die klinische Beobachtung und Leichenversuche zu verwerthen; Thierversuche dagegen lassen einen directen Schluss auf die Verhältnisse beim Menschen nicht zu.

A. Fratkin: Zur Frage der Hilfeleistung bei Complication von Schwangerschaft und Geburt mit Myomen der Gebärmutter. Aus der chir. Abtheilung des Krankenhauses der Kreuzerhöhungs-Gemeinschaft Barmherziger Schwestern. (Juni).

Eine im Wesentlichen compilative Arbeit, welche ein gewisses, übrigens mehr geburtshilflich-gynäkologisches, als chirurgisches Interesse erhält durch Mittheilung eines von Dr. N. A. Weljaminow mit Glück ausgeführten Falles der Porro'schen Operation. Zum Schluss eine umfangreiche Casuistik in Tabellenform.

M. A. Wassiljew: Ein Fall von Schussverletzung des Magens. (Juni).

Sechs Stunden nach der Verletzung Laparotomie und Vernähung der 3 Cm, langen Wunde am Magen mit glücklichem Ausgang. In der Literatur fand der Verf. ausserdem noch Nachweise über 21 in gleicher Weise behandelte Schussverletzungen des Magens, von denen 6 genasen. Im Ganzen also 22 Fälle mit 7 Genesungen.

B. A. Fratkin: Zur Casuistik der Laparotomie bei extrauteriner Schwangerschaft. Aus der chirurgischen Abtheilung des Krankenhauses der Kreuzerhöhungs-Gemeinschaft Barmherziger Schwestern in St. Petersburg. (Juli).

Drei Fälle von extrauteriner Schwangerschaft mit heftiger innerer Blutung, von denen 2 nach Laparotomie, einer bei exspectativem Verhalten mit Genesung endeten.

A. W. Minin: Einige chirurgische Hilfeleistungen. (Juli).

Acht Fälle von Trepanation des Proc. mast., sowie noch einige andere Knochen- und Gelenkoperationen ohne allgemeineres Interesse.

N. A. Gerken: Zur Frage der proliferirenden Kiefercysten. Aus der chirurgischen Klinik des Prof. L. L. Lewschin in Kasan. (Aug.).

Mittheilung zweier durch Resection geheilter Fälle nebst mikroskopischem Befund bei ausführlicher Berücksichtigung der einschlägigen Literatur. Dazu eine Tafel guter Abbildungen.

P. W. Botscharow: Die Ursachen des Chloroformtodes. Kritische Uebersicht der Lehre vom Chloroformtode und Untersuchung der Veränderungen, welche durch das Chloroform am Herzen hervorgebracht werden. (Aug.).

Die augenscheinlich sehr breit angelegte Arbeit soll einen historischen und einen experimentellen Theil enthalten. Auf den vorliegenden Anfang des ersteren finden wir keine Veranlassung näher einzugehen.

Grubert.

Дозв. ценз. Спб. 10 Октября 1892 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 7. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1892.

Wratsch Nr. 16–28.

J. S. Wyslouch: «Zur Diagnose des blutigen Erbrechens. In Veranlassung eines Falles, in welchem die schwierige Diagnosenstellung einiges Interesse darbietet. (aus der weiblichen Abtheilung des Kronstädter Marine-Hospitals)». (Nr. 16).

Bei der tuberculösen Pat. W.'s stammte das Blut nicht wie zu vermuthen war aus den Lungen, sondern wie die Section zeigte aus einer varicös erweiterten Partie des Oesophagus, welche in Folge von Stauung in der Vena portae bei Lebercirrhose zu Stande gekommen war.

F. F. Kijanizyn: «Zur Frage von der Todesursache bei ausgedehnten Hautverbrennungen». (Nr. 16).

Vorläufige Mittheilung. Verf. ist es gelungen nach grösseren Verbrennungen im Blute, einigen inneren Organen und im Harne der Versuchsthiere einen giftigen Körper nachzuweisen. Dieses Ptomain wird am besten nach der Brieger'schen Methode gewonnen; es entwickelt sich im Körper der Versuchsthiere und ist kein Product der Behandlung der Organe des Körpers mit chemischen Substanzen. Das Ptomain ist ein amorpher Körper von gelblicher oder gelbbräunlicher Farbe; es besitzt einen stechenden unangenehmen Geruch und ist in Wasser und Alkohol leicht, in Chloroform und Benzin schwer – in Aether unlöslich. Wurde eine mässige Lösung dieser Substanz Thieren subcutan injicirt, so verfielen sie in Apathie und Somnolenz; ferner traten Durchfälle, (zuweilen mit Blut) Erbrechen, Temperaturerniedrigungen u. s. w. auf. K. glaubt die bedeutenden Temperaturerniedrigungen, die Schwäche der Herzaction und des Pulses, Sinken des Blutdruckes, Durchfälle, Erbrechen etc. durch die Wirkung des im Organismus sich bildenden Giftes erklären zu können, während er Affectionen der Nieren und anderer parenchymatöser Organe auf Thrombose kleinerer Gefässe und Capillaren durch das zerstörte Blut zurückführt, in Folge welcher es bei den schlechten Ernährungsverhältnissen zu parenchymatösen und degenerativen Veränderungen der Organe kommt.

S. W. Lewaschew: «Ueber die Infectionserreger des Flecktyphus». (Nr. 17).

Im Anschluss an früher veröffentlichte Untersuchungen (Wratsch Nr. 11) veröffentlicht L. jetzt Befunde, welche bestätigen, dass für den Flecktyphus specifische Mikroben existiren, welche sich von allen bis jetzt bekannten wesentlich unterscheiden. Der Micrococcus exanthematicus wird in Culturen unter bestimmten Bedingungen gezüchtet; er bildet ganz charakteristische Colonien und ist häufig mit einem langen Epirochaeten-ähnlichen Fortsatze versehen. Details sind im Originale nachzusehen.

J. J. Mollesson: «Landschaft und Landschaftsärzte». (Nr. 17).

L. O. Darkschewitsch: «Ueber Veränderungen des centralen Theiles motorischer Nerven bei Läsionen des peripheren Abschnittes». (Nr. 16, 17).

A. A. Kissel: «Zur Frage von der verstärkten Ernährung typhuskranker Kinder». (Nr. 14, 16, 17).

Die Schlussfolgerungen Verf.'s sind: 1) Selbst bei verstärkter Nahrungszufuhr hungert ein Typhuskranker, denn sein Körpergewicht nimmt ab; 2) eine verstärkte Ernährung Typhuskranker steigert die Körpertemperatur derselben nicht; 3) die verstärkte Nahrungszufuhr ruft in vielen Fällen keine Störungen der Verdauung hervor, vorwiegend war Neigung zu Verstopfung; 4) die Zahl der Complicationen des Typhus abdominalis wurde nicht vermehrt, desgleichen wurde auch keine Zunahme der Dauer des fieberhaften Stadiums bemerkt; 5) das subjective Befinden des Patienten wird durch verstärkte Ernährung nicht schlechter; 6) Recidive wurden nicht beobachtet; 7) nur in den ersten Tagen verweigerten die Kinder die Nahrungsaufnahme, späterhin nahmen sie das Essen gerne; 8) nicht bestimmen lässt es sich, ob die Heilung unter solchen Umständen schneller erfolgt, weil keine Controllbeobachtungen angestellt wurden; 9) in vielen Fällen hatte die Krankheitsdauer bei verstärkter Nahrungszufuhr keinen Einfluss auf die Grösse des täglichen Gewichtsverlustes.

O. W. Petersen: «Entzündung der Samenbläschen (Spermatocystitis). Als Complication der Gonorrhoe». (Nr. 18).

Auf die wenigen in der Literatur vorhandenen Fälle dieser Erkrankung hinweisend und die Symptome derselben hervorhebend, referirt Verf. über einen von ihm beobachteten einschlägigen Fall.

L. P. Passower: «Zur Frage von dem Morphinismus und dem Einfluss desselben auf die Geschlechtssphäre». (Nr. 18).

A. L. Trachtenberg: «Salipyrin bei Gelenkrheumatismus». (Nr. 18).

Ausführliche Krankengeschichte eines Falles von langandauernder rheumatischer Affection, in welcher dieses Mittel als ultimum refugium mit ausgezeichnetem Erfolge angewandt wurde; in weiteren 10 Fällen soll das Mittel gleichfalls eine gute Wirkung gehabt haben.

W. W. Tipjakow: «Zur Frage von dem Chloroform und der Chloroformnarkose». (Nr. 18).

Von den verschiedenen Chloroformpräparaten hält T. das Chloroformium crystallisatum Pictet für das beste. Im Anfange der Narkose soll in die Kappe soviel Choloroform gegossen werden, dass dieselbe vollständig durchtränkt ist; darauf darf nur tropfenweise Chloroform zugefügt werden. Da bekanntlich bei Chloroformvergiftungen zuerst die Athmung und dann erst das Herz beeinflusst wird, so ist während der Narkose hauptsächlich auf die Athmung zu achten und muss, sobald Störungen derselben vorkommen, das Chloroform weggelassen werden und Sauerstoffeinathmung an seine Stelle treten. Bei schwachen Patienten wechselt Verf. schon vom Anfang an Chloroform- mit Sauerstoffeinathmungen ab. Unter 420 Narkosen erlebte Verf. nur einmal eine tiefe Asphyxie (Schering'sches Präparat).

W. W. Tipjakow: «Ein Fall von Laparotomie bei Verletzung der Bauchhöhle und des Darmes». (Nr. 18).

Penetrirende Bauchwunde seitlich vom Nabel, Vorfall dunkelroth verfärbter, verunreinigter Darmschlingen. Nach Erweiterung der Bauchwunde ergiebt sich, dass eine Dünndarmschlinge durchschnitten und die Bauchhöhle durch Kothmassen verunreinigt ist. Resection eines Darmstückes, Reinigung und Schluss der Bauchhöhle. Reactionsloser Verlauf.

N. Th. Engelne: «Zur Frage von der Häufigkeit der Tuberculose bei Brustkindern». (Nr. 18).

J. G. Ssawtschenko: «Weitere Untersuchungen über sporenähnliche Mikroben in Krebsgeschwülsten». (Nr. 17, 18).

S. hat in den Krebszellen ausser den schon früher beschriebenen (Wratsch Nr. 7) Mikroben noch andere gefunden, welche sich von ersteren unterscheiden, obgleich sie in einigen Entwickelungsphasen manche Aehnlichkeit mit einander besitzen. Verf. hält es noch für unentschieden, ob diese Mikroben Krebsgeschwülste erzeugen, oder ob sie im Epithel der Geschwülste sitzend, durch ihre chemischen Producte die Entwickelung derselben mehr weniger beeinflussen.

M. G. Kurlow: «Ueber die Veränderungen des Blutes entmilzter Meerschweinchen im Verlaufe des 2. Jahres nach der Operation». (Nr. 19).

J. J. Ssudakewitsch: «Zur pathologischen Anatomie des Kropfes». (Nr. 19).

A. E. Schröder: «Wie inficirt sich die Bevölkerung Petersburgs mit Bothriocephalus?» (Nr. 19).

Bekanntlich hat M. Braun nachgewiesen, dass der Genuss nicht gut durchgekochten Fleisches einiger Fischarten, eine Erkrankung an Bothriocephalus bedingen. Verf. hat sich auf dem Heumarkt einen Hecht gekauft, welcher im finnischen Meerbusen gefangen war und konnte im Fleische desselben Bothriocephalusfinnen nachweisen.

P. A. Chmelewski: «Zur Frage von dem Einflusse des Sonnen- und elektrischen Lichtes auf Fäulnissmikroben». (Nr. 20). Vorläufige Mittheilung.

Die bis jetzt noch nicht beendeten Untersuchungen haben unter Anderem ergeben, dass die Schädlichkeit der Fäulnissmikroben durch den Einfluss des Lichtes geschwächt wird.

S. Th. Wojuzki: «Skorbut im Waluj'schen Kreise des Woronesh'schen Gouvernements». (Nr. 20).

M. B. Blumenau: «Ueber die sog. pseudo-lobäre Lungenentzündung». (Nr. 19, 20).

Als Einleitung giebt Verf. eine Skizze des Krankheitsbildes dieser acuten Lungentuberculose (acute, käsige Entzündung) welche besonders im Initialstadium viel analoges mit der acuten croupösen Pneumonie besitzt. Hieran schliessen sich einige Krankengeschichten und epikritische Bemerkungen zu denselben.

A. P. Fawizki: «Ueber den Einfluss der Ausscheidungsproducte einiger pathogener Bakterien und ihres Mikroproteins auf den thierischen Organismus». (Nr. 11, 13, 15, 16, 20).

Die Untersuchungen, welche Verf. im bakteriologischen Laboratorium Prof. Emmerichs in München angestellt hat, haben ergeben, dass die Ausscheidungsproducte der von ihm untersuchten Bakterienarten, in der Mehrzahl der Fälle, für Thiere nicht indifferente Substanzen, sondern ziemlich starke Gifte sind. In den Organismus in genügender Menge eingeführt, dokumentiren sie sehr bald ihre Anwesenheit durch das, einer schweren Allgemeinerkrankung ähnliche Krankheitsbild, wobei das neuro-musculäre System vorherrschend befallen wird; in einigen Fällen traten auch Temperaturerhöhungen auf. Details sind im Originale nachzulesen.

J. Traugott: «Klinische Beobachtungen über die Behandlung der Bleichsucht mit heissen Luftbädern». (Nr. 21). Vorläufige Mittheilung.

A. W. Poehl: «Ueber das Vorhandensein des Spermin in verschiedenen Organen des thierischen Organismus und über die chemische Zusammensetzung der Brown-Séquard'schen Emulsion». (Nr. 21).

M. K. Senez: «Ueber wirkliche und scheinbare Rückfälle des Abdominaltyphus (bearbeitet nach dem Material des städtischen Alexander-Barakken-Hospitals in S. Petersburg für die Jahre 1882—1885)». (Nr. 19—21).

Ausser einigen theoretischen Erörterungen giebt Verf. die Krankengeschichten von 15 Fällen, deren genaue Analyse ergiebt, dass bei einem Abdominaltyphus jeder folgende wirkliche oder scheinbare Rückfall meist in ganz bestimmtem organischem Zusammenhang mit dem vorausgegangenen Anfalle steht, und dass die Apyrexie nur das Verbindungsglied darstellt, wobei dieselbe fast immer klinische Anzeichen von dem Vorhandensein und der weiteren Wirkung des Typhusgiftes darbietet.

J. J. Jakub: «Ueber die Retention abgestorbener Früchte in der Gebärmutterhöhle». (Nr. 22).

Verf. theilt 3 Fälle mit, in welchen 4 und 3 monatliche Foeten erst längere Zeit (in 2 Fällen 6 Monate, in 1 Fall 4 Monate) nach dem Absterben aus dem Uterus ausgestossen wurden.

A. D. Ssokolow: «Die Fehlerquellen bei Bestimmung des Sauerstoffes im Wasser nach der Mohr'schen von Levy modificirten Methode». (Nr. 22).

Um nach Möglichkeit die Fehler dieser sonst sehr bequemen Methode zu vermeiden, muss nach Angaben des Verf.'s das Wasser, in welchem der O. bestimmt werden soll, von immer gleicher Temperatur sein; ferner soll die Absorption des O. eine bestimmte Zeit (durchaus nicht weniger als 10 Minuten) dauern.

J. S. Kildjuschewski: «Carbol-Lavements bei Dysenterie». (Nr. 22).

K. rühmt sehr die Erfolge, welche er von Spülungen mit einer Carbolsäurelösung (2 Gr. auf 2 Pfd. Wasser pro Klysma) bei blutigen Durchfällen gesehen. Im Laufe von 4 Jahren hat Verf. von 204 Kranken nur 5 = 2,45 pCt. verloren.

N. Kumberg: «Zur Kenntniss und Symptomatologie des Tetanus». (Nr. 22).

P. Th. Fedorow: «Gangränöse Processe in Folge von Infection durch kranke Zähne». (Nr. 22).

M. A. Tchistjakow: «Ueber Infectiosität der inveterirten condylomatösen Syphilis». (Nr. 23).

W. Th. Buschujew: «Zur Frage von den Helminthen als Complication acuter Krankheiten». (Nr. 23).

B. referirt über einen Fall von leichtem Typhus, welcher anfangs normal verlief; in der Folge traten aber ohne nachweisbare Ursache Anfälle auf, welche sich durch Verlust der Besinnung, Cyanose, sinken der Herzaction, Sistiren der Athmung, unwillkürlichen Harn- und Kothentleerungen etc. charakterisirten. Während eines solchen Anfalles trat der exitus letalis ein. Bei der Section wurde im Darm Ascaris lumbricoides constatirt. Nach Meinung Verf.'s lässt sich die Herzparalyse am leichtesten durch Reizung des Sympathicus und dessen Verzweigungen im Darm durch die Würmer erklären.

J. J. Daschewski: «Zur Therapie syphilitischer Unterschenkelgeschwüre». (Nr. 23).

Z. F. Truskoljawski: «Ein Fall von habitueller Hüftgelenkluxation». (Nr. 23).

Casuistischer Beitrag.

E. S. Obraszew: «2 Fälle von Tuberculose der Haut und der Schleimhaut des harten Gaumens mit Perforation des letzteren in einem der Fälle». (Nr. 22, 23).

N. N. Gurejew: «Zur Frage von der Eiweissnorm in der Nahrung der Greise und von dem N. Umsatz bei denselben». (Nr. 24).

Vorläufige Mittheilung.

G. L. Raich: «Ein Fall von Aktinomyces des Unterkiefers». (Nr. 24).

Casuistischer Beitrag.

A. N. Dmitrijew: «Vollständige Verwachsung des Herzbeutels und Verengerung des linken venösen Ostium». (Nr. 24).

Bei einem Rekruten, welcher an Diphtheritis starb, fanden sich bei der Section genannte (nicht häufig vorkommende) Veränderungen des Herzens.

N. E. Kuschew: «Zur Casuistik der Hemiplegien nach Kohlenoxydvergiftung». (Nr. 24).

Beschreibung eines Falles von rechtsseitiger Hemiplegie nach Kohlenoxydintoxication, welche im Verlaufe eines Monates in Heilung überging, nebst einigen Bemerkungen über derartige Vergiftungen.

J. J. Ssudakewitsch: «Ueber die Erscheinungen der Metachromasie in den Sporen-ähnlichen Gebilden, welche als Parasiten in den Krebszellen vorkommen. (Nr. 25).

W. Klimenko: «Der Eiweissgehalt in frischbereitetem Fleischaufguss und im Fleischsaft, sowie der Gehalt an Eiweiss und Pepton in Bouillon-Pepton im Vergleiche mit Milch und Eiern». (Nr. 25).

Aus den Versuchen K.'s geht hervor, dass Milch und Eier wegen der grösseren und leicht assimilirbaren Eiweissmenge, dem besseren Geschmacke und der Billigkeit unbedingt dem Fleischsaft, dem frischen Fleischaufguss und dem Bouillon-Pepton vorgezogen werden müssen und dass kein Grund dafür vorhanden ist, die letztgenannten Kunstproducte als Ernährungsmittel an Stelle von Milch und Eiern zu verwenden.

J. J. Makowejew: «Praktische Beobachtungen angestellt in Staraja Russa. Mineralische Bäder während normaler und pathologischer Menstruation». (Nr. 24, 25).

M. kommt zu dem Schlusse, dass Mineralbäder zur Zeit der Menstruation angewandt, letztere unter keinen Umständen verschlimmern, sondern dass die Bäder auf dieselbe eine heilsame Wirkung ausüben, indem alle Abnormitäten beseitigt werden, so dass sich die Menses normal oder annähernd normal gestalten. Die allgemein verbreitete Ansicht, dass Bäder während der Menstruation schädlich seien, ist eine irrige. M. ist der Meinung, dass während einer normalen Menstruation, Mineralbäder nach Belieben ordinirt oder auch nicht verordnet werden können. Bei anormalen Menses oder Erkrankungen in der Geschlechtssphäre müssen Bäder unbedingt angewandt werden, weil dieselben das Allgemeinbefinden bedeutend bessern, profuse Blutungen verringern, spärliche verstärken und zugleich die schädlichen Störungen in der Behandlung wegfallen, welche jedes Mal durch die menstruelle Congestion hervorgerufen werden.

L. Letnik: «Zur Frage von der Abortivbehandlung der Bubonen». (Nr. 23, 25).

Verf. hat das Welander'sche Verfahren (subcutane Injectionen von Hg. Präparaten) bei der Behandlung von Bubonen

in 140 Fällen angewandt, und in 89⁴/₇ pCt. Vertheilung der Bubonen dadurch erzielt; in den übrigen 18 Fällen trat Abscedirung ein, so dass dieselben operativ behandelt werden mussten.

L. E. Belljarminow: «Die colorimetrische Methode in ihrer Anwendung zur Bestimmung der Aufsaugung in der vordere Augenkammer». (Nr. 26).

Vorläufige Mittheilung.

N. J. Patschinski: «Zur Frage von der Bauchnaht nach Laparotomien». (Nr. 26).

In dieser Abhandlung berührt Verf. das interessante Thema von der Hernienbildung in der Linea alba nach Laparotomien. P. unterzieht die verschiedenen jetzt üblichen Methoden der Vereinigung der Bauchwunde einer kritischen Beurtheilung. Die meisten Nahtmethoden verwerfend, weil dieselben den anatomischen Verhältnissen nicht genügend Rechnung tragen und in Folge dessen leicht zu Brüchen Veranlassung geben, hält Verf. die Naht der Bauchwunde wie sie von Wylie und Ott geübt wird, für die geeignetste. (Eine Reihe von Nähten wird durch die ganze Dicke der Bauchwand hindurch angelegt und darauf in den Zwischenräumen zwischen je zwei Nähten noch 1—2 musculo-aponeurotische Suturen angelegt, worauf die Bauchhöhle geschlossen wird.)

M. N. Senez: «Ueber die Wechselbeziehungen zwischen dem Pulse, der Athmung und dem Wuchse beim Menschen». (Nr. 26).

J. A. Stein: «Zur Therapie der Ranula». (Nr. 26).

Casuistischer Beitrag.

P. R. Ferchmin: «Ueber rothen Eiter». (Nr. 25, 26).

F. hatte in 14 Fällen Gelegenheit eine Eiterabsonderung von grellrother Farbe zu beobachten. Die angestellten bakteriologischen Untersuchungen ergaben, dass die Bacillen des rothen Eiters, obgleich sie keine pyogenen Eigenschaften besitzen, und bei Kaninchen ein nur kurze Zeit andauerndes, aber hohes Fieber bedingen, welches bei Hunden weniger intensiv und bei Menschen gar nicht beobachtet wird, dessen ungeachtet nicht als unschädlich angesehen werden dürfen, weil sie dennoch giftige Eigenschaften besitzen. Letzteres wird dadurch bewiesen, dass nach ihrer Einführung in den Blutkreislauf von Kaninchen der Tod nach einigen Tagen bei Verlust des Appetites, Durchfällen, allgemeinen Schwächezuständen und starkem Fieber erfolgt.

Dobbert.

Medizinskoje Obosrenje Nr. 15, 16, 17.

W. Muratow: «Zur pathologischen Anatomie der combinirten Sklerose». Nr. 15—16.

Bei einem 70jährigen Manne constatirte Verf. folgenden Symptomencomplex: normale psychische Thätigkeit. keine aphasischen Störungen. Die Sprache mit nasalem Timbre. Störung des Schluckactes. Paralyse der rechten unteren und oberen Extremität.

Atrophie des Thenar, Hypothenar und der Interossei sowohl rechts, als auch besonders links, dabei verringerte faradische Erregbarkeit. Fusssohlenreflex fehlt, ebenso fehlen alle Sehnenreflexe. Normal functionirende Sphinkteren. Tast- und Schmerzempfindung im Gebiete des n. ulnaris herabgesetzt. Die Autopsie ergab: 1. Sklerose der Goll'schen Stränge. 2. Laesion der Kleinhirn-Seitenstrangbahn. 3. In der Pyramiden-Seitenstrangbahn sind die Veränderungen nur sehr schwach ausgeprägt; Sklerose ist nicht zu constatiren, nur eine Atrophie der Nervenelemente. 4. Starke Sklerose der Pyramiden im verlängerten Mark. 5. Atrophie der aufsteigenden Wurzel und des sensiblen Abschnittes des Trigeminus. Atrophie der aufsteigenden Wurzel der X und IX Paare.

M. Nikiforow: «Ueber pathologo-anatomische Veränderungen des Rückenmarks, bedingt durch ein rasches Sinken des Barometerdruckes». Nr. 15—16.

Verf. hatte Gelegenheit das Rückenmark eines Arbeiters, der in Folge zu raschen Hervortretens aus dem Quaisson zu Grunde ging, zu untersuchen und fand die von Leyden bereits beschriebenen Veränderungen. In der weissen Substanz eine Desorganisation der Nervenfasern. Zerfall derselben, Vacuolenbildung, Varicositäten und Anschwellungen der Axencylinder, in der grauen Substanz zahlreiche Haemorrhagien. Erweiterung (in Folge Oedems) der pericellulären Räume; körniger Zerfall und Vacuolenbildung in den Ganglienzellen.

G. Rossolimo: «Ueber einen Fall von Hysterie, eine Gliomatose des Rückenmarks simulirend». Nr. 15.

Bei einem 20jährigen hereditär belasteten Mädchen traten im Verlaufe von 1½ Jahren 6 mal zu gleichen Zeitperioden dieselben nervösen Störungen auf: Parese der Extensoren zweier Phalangen, namentlich des 4. und 5. Fingers, Parese der interossei, fibrillaere Zuckungen und Neigung zu clonischen Krämpfen in der Handmuskulatur, von Zeit zu Zeit Schwäche der Schulter-Extensoren; partielle Anaesthesie (Schmerz und Temperaturempfindung) beider Hände, Schmerzen in den Schultergelenken. Der Umstand, dass alle Krankheitserscheinungen zu gewisser Zeit schwanden, um nach einer bestimmten Zeitperiode wiederzukehren, sprach gegen die Gliomatose.

W. Mlodsejewski: «Ein Fall von vasomotorischer Störung auf der Haut einer Hysterischen». Nr. 15.

A. Muratow: «Ueber intraperitoneale Infusion von physiologischer Kochsalzlösung bei Laporotomie». Nr. 15—16.

An der Hand einer ziemlich grossen Beobachtungsreihe gelangt Verf. zum Resultate, dass bei intraperitonealer Infusion von Kochsalzlösung während der Laporotomie der Puls deutlich kräftiger werde, selbst in Fällen von acuter Anaemie in Folge complicirter Operation sah Verf. bei Ausführung der Infusion nie Shok auftreten. Bei vaginaler Uterusexstirpation könnte man die Kochsalzinfusion durch die bei der Operation gesetzte Oeffnung ausführen.

A. Gamalei: «Zwei Fälle von Struma-Exstirpation». Nr. 15—16.

N. Müller: «Ueber die Pneumonien der kleinen Kinder». Nr. 15—16.

An der Hand eines grossen Materials, das aus dem Moskauer Findelhause stammt, beschreibt Verf. die verschiedenen Formen der Lungenentzündung, wie sie bei den Säuglingen beobachtet werden. ⅓ aller Todesfälle im Findelhause ist durch diese Krankheit bedingt; im August werden die meisten Fälle registrirt. Die Formen der Lungenentzündung sind sehr verschieden; nur ein geringer Theil ist auf Syphilis hereditaria und intrauterine septische Infection zurückzuführen, der überwiegend grösste Theil ist in den ersten extrauterinen Lebenswochen acquirirt; diese Formen sind entweder primäre Erkrankungen, oder aber secundär, als Complication anderer Krankheiten. Die secundären sind doppelt so häufig, wie die primären und treten in lobulärer oder lobulär-confluirender Form auf, sehr selten in lobärer Ausbreitung. Die primären Formen sind dagegen häufig lobär und werden von fibrinöser (nie eitriger) Pleuritis begleitet. Sie sind gewöhnlich einseitig, und zwar meist rechterseits; die secundären Entzündungen sind sehr selten von Anfang an lobär, gewöhnlich lobulär-confluirend und erst im weiteren Verlauf nehmen sie den lobären Charakter an, ähnlich der katarrhalischen Pneumonie Erwachsener; gewöhnlich sind sie doppelseitig, seltener einseitig, dabei wieder rechterseits häufiger. Die erworbenen septischen Pneumonien sind häufig interstitielle, doppelseitige und mit eitrigen Pleuritiden combinirt. Die sog. cerebrale Pneumonie ist bei kleinen Kindern sehr selten, ebenso selten tritt auch die haemorrhagische Form der Lungenentzündung auf. Als Ausgang der Pneumonie wurden, wenn auch nicht häufig, Lungenabscess, Lungengangraen und chronische Processe mit Cavernenbildung und käsiger Degeneration der Bronchialdrüsen, beobachtet. Die miliare Tuberculose wurde nur in vereinzelten Fällen constatirt. In ⅓ aller Fälle complicirte sich die Pneumonie mit Pleuritis, und zwar bei primär-lobären Pneumonien war die Pleuritis eine fibrinöse, bei lobulären Bronchopneumonien eine eitrige.

N. Müller: «Zur Diagnostik der Pneumonien bei kleinen Kindern». Nr. 15—16.

N. Korssakow: «Ueber die experimentelle Rhachitis und deren Beziehung zur Pathogenese der Rhachitis». Nr. 15—16.

In einer ziemlich umfangreichen Monographie bringt Verf. seine experimentellen Studien über Rhachitis; es sind meist Beobachtungen an Thieren, wie sie von Voit, Roloff, Baginsky, Kassowitz angestellt worden sind. Neu sind die Experimente mit den Strontiumsalzen. In Fällen, wo den Hunden neben einer an Kalksalzen armen Nahrung Strontium verabreicht worden war, traten zu Lebzeiten bei den Thieren Veränderungen auf, wie sie bei Fütterung mit einer kalkarmen Nahrung beobachtet werden: Verdickung der Knochenenden, Verbiegung der Knochen, Verlust der Bewegung etc. Doch fand Verf. bei der Untersuchung der Knochen nach dem Tode der Thiere auffallende Unterschiede: die Knochen der Hunde, denen Strontium verabreicht worden war, waren viel fester, als die der nur mit einer kalkarmen Nahrung gefütterten Thiere; während bei letzteren die Rinde der Diaphyse porös angetroffen wird, war bei ersteren die Rinde fest, beinahe wie

bei normalen Thieren. Der Theil der Diaphyse, welcher für gewöhnlich spongiös ist. war fest, von weisser Farbe mit röthlichem Colorit. Auch die Epiphysen waren fest. — Das Nähere ist im Original nachzulesen.

Helmann: «Ueber die therapeutische Verwendung von Thon und namentlich des Chadzibeiskoje'schen Thons». Nr. 16.

Verf. erinnert an die aus der Botkin'schen Klinik stammende Empfehlung von Thonplatten bei verschiedenen Herzneurosen. Diese Thonplatten, als Compresse auf die Herzgegend gebracht, wirken in der That sehr beruhigend und schmerzstillend. Helmann gebrauchte eine besondere Thonart, die an dem Liman (Odessa) zu finden ist, und erzielte sehr gute Resultate bei Angina pectoris, Kardialgie und einigen anderen Krankheiten. Linderung der Schmerzen trat gewöhnlich bald ein. Von sehr gutem Erfolg war eine wässrige Aufschwemmung des Thons bei chronischem Rheumatismus.

W. Tipjakow: «Ueber die Behandlung der Retroflexio uteri». Nr. 17.

Sind Verwachsungen nicht vorhanden, so wendet Verf. Massage und Pessarien an; sind aber wohl solche zu constatiren, so müssen dieselben zunächst gelöst werden. Bei sehr breiten und festen Verwachsungen des retrofixirten Uterus wird laparotomirt; sind die Verwachsungen nicht ausgiebig, ist der Uterus noch beweglich, so eröffnet Verf. das hintere Scheidengewölbe mittelst eines breiten Querschnittes und sucht die ligamentösen Stränge zu lösen. Auf diese Weise behandelte T. 10. Fälle mit gutem Erfolge.

S. Cholmogorow: «Ein Fall von Milchdrüsengang-Fistel». Nr. 17.

P. Modlinski: «Zur Chirurgie der Ureteren». Nr. 17.

An der Hand eines Falles von Nephrektomie mit nachfolgender künstlicher Dilatation des stricturirten Ureters von der Wunde aus gibt Verf. eine sehr ausführliche Beschreibung der verschiedenen pathologischen Veränderungen an den Harnleitern und deren Therapie.

Abelmann.

Chirurgitscheskij westnik. (August, September).

N. A. Ssokolow: Zur Casuistik der Echinokokkenkrankheit. Aus der chirurgischen Abtheilung des klinischen Institutes der Grossfürstin Helene Pawlowna. (August).

Mittheilung von 5 operativ geheilten Fällen von Echinokokkus (2 der Leber, 1 der Milz, 1 der Fossa iliaca, 1 der Oberschenkelmuskulatur) nebst Bemerkungen über die Vorzüge der zweizeitigen Operation bei Leberechinokokkus.

N. N. Filippow: Ueber die Behandlung der eitrigen Cystitis mit Jodoformemulsion. (August).

Verf. bediente sich der von Mosetig-Moorhof vorgeschlagenen Jodoformemulsion in der Weise, dass er in mehrtägigen Intervallen nach vorhergeschickter Ausspülung (mit ¼ pCt. Milchsäurelösung) je 20—40 Grm. einer 10 pCt. Emulsion in die Blase injicirte und nach ca. 15 Minuten die Flüssigkeit aus der sich inzwischen das Jodoform auf die Schleimhaut niedergeschlagen hatte, wieder abfliessen liess. In drei Fällen sah er davon bedeutenden Nutzen und hält darum weitere Beobachtungen für wünschenswerth. Jodoformintoxication kam nicht vor. Von Wichtigkeit sei die Ausspülung der Blase vor der Injection.

B. N. Choljzow: Ueber die Blutstillung bei Verwundung grosser Venen und über die Unterbindung der Vena femoralis communis im Besonderen. Aus der chir. Abth. des Obuchow-Hospitals. (Fortsetzung). (Sept.).

Der vorliegende sechste Abschnitt dieser fleissigen Arbeit behandelt statistisch die Prognose der Unterbindung der einzelnen grossen Venenstämme allein, oder zugleich mit den zugehörigen Arterien. Verf. findet: 1) für die Vena jugularis interna unter 52 Fällen von isolirter Ligatur der Vene (38 bei Geschwulstexstirpationen und 14 bei traumatischen Verletzungen) 5 mal mehr oder weniger ausgesprochene Circulationsstörungen von Seiten des Gehirnes mit einem Todesfall (=1,9 pCt.). 16 mal wurde gleichzeitig die Carotis communis unterbunden (12 mal bei Geschwulstexstirpationen, 4 mal nach Verletzungen), wobei 6 mal Gehirnsymptome auftraten, 2 mal (=12,5 pCt.) mit tödtlichem Ausgang. 2) Unter 20 Fällen von isolirter Unterbindung der Vena axillaris kam es 9 mal zu gar keinen Circulationsstörungen, 4 mal zu vorübergehenden, 1 mal zu langdauerndem aber vorübergehendem Oedem, 1 mal zu einer gewissen Schwäche der Extremität: 5 mal fehlen diesbezügliche Angaben. Unter 5 Fällen von gleichzeitiger Unterbindung der Arterie und Vene dagegen blieb nur einer ganz ohne Circulationsstörungen. 3) Von 4 isolirten Unterbindungen der Vena subclavia führte keine zu Gangrän, 1 blos zu leichter Cyanose, 2 zu vorübergehendem Oedem; bei einer fehlen nähere Angaben. Nach 2 gleichzeitigen Unterbindungen der Arterie und Vene trat Oedem ein, das einmal nach 8 Wochen verging, das andere Mal stationär wurde. 4) Die Vena anonyma ist von Bardenheuer und von Heineke bei Geschwulstexstirpationen isolirt unterbunden worden. Gangrän trat nicht ein. Im Falle des Ersteren fehlen Angaben über kleinere Circulationsstörungen. Im Falle Heineke's bestand bei der Entlassung nach Ablauf eines Monates noch Oedem des Armes bei starker Erweiterung der Hautvenen. 5) Von isolirten Unterbindungen der Vena femoralis unterhalb der Vereinigung mit der V. profund. femor. kennt Verf. die Fälle von Kümmel (bei Geschwulstexstirpation) und von Després (nach Schussverletzung). Letzterer erwähnt ausdrücklich die Abwesenheit von Circulationsstörungen, Ersterer übergeht dieses Detail. Gangrän trat auch in seinen Fällen nicht ein. Von 52 Fällen gleichzeitiger Unterbindung der A. und V. femoral. superficial. (23 bei Geschwulstexstirpationen und 29 nach Verletzungen) führten 15 (=28,8 pCt.) zu Gangrän der Extremität.

Ueberall ist also die Prognose der isolirten Venenunterbindung besser, als die der Unterbindung beider Gefässe. Auch die Unterbindung der Vena cava inf. hält Verf., angesichts der rel. gelinden Störungen, welche die Thrombose dieses Gefässes verursacht, für berechtigt in den Fällen, wo die Venennaht nicht angezeigt sein oder nicht gelingen sollte.

P. W. Botscharow: «Die Ursachen des Chloroformtodes». Kritische Uebersicht der Lehre vom Chloroformtode und Untersuchung der Veränderungen, welche vom Chloroform am Herzen hervorgerufen werden. (Fortsetzung). (Sept.).

In dem vorliegenden Abschnitt bespricht Verf. die in der Literatur niedergelegten Theorien der Chloroformasphyxie, ohne übrigens den Rahmen eines Referates irgendwie zu überschreiten. Ein näheres Eingehen auf diesen Theil der Arbeit erscheint daher kaum geboten.

Grubert.

Westnik obschtschestwennoj gigieny, ssudebnoj i praktitscheskoj mediziny. Jan.—Juni.

A. W. Timofejew: «Skizze der französischen Heilanstalten für Geisteskranke». (Jan. — Febr.).

A. I. Fedorow: «Die Prostitution in St. Petersburg und die sanitätsärztliche Beaufsichtigung derselben». (Jan.).

I. Die Gründe, welche zur Prostitution treiben und das Contingent der Prostituirten.

II. Die Art und Weise der Unterordnung unter die Sanitätscontrolle.

III. Die sanitäre Seite der Controlle. Sehr lehrreiche Abhandlung aus competenter Feder. Für ein gedrängtes Referat nicht geeignet.

G. Fremmert: «Ueber die Morbidität der Arbeiter an Papierfabriken». (Jan. — Febr.).

Nach einer sehr ausführlichen und kritischen Behandlung der einschlägigen Literatur, theilt Verf. seine eigenen Beobachtungen mit. Dieselben reichen zurück bis in das Jahr 1866, beginnen jedoch in statistischer Form erst 1885 und sind bis 1890 fortgeführt. Der Verf. ist dabei in der glücklichen Lage ein Material unter den Händen zu haben, welches nicht nur über die Morbidität unter den Fabrikarbeitern, sondern auch über diejenige der Nachbarbevölkerung ziffermässig Aufklärung giebt, und auf diese Weise eine richtige Auffassung von den professionellen Erkrankungen der Papierarbeiter ermöglicht. Die Zahlen sind nach verschiedenen Gesichtspunkten geordnet und in zahlreichen Tabellen zusammengestellt.

Aus den Schlussfolgerungen des Verf.'s seien hier nur einige allgemein interessante wiedergegeben: Die speciellen Schädlichkeiten der Papierfabrication für die Arbeiter, werden meist übertrieben. Eine besondere «Lumpenkrankheit» lässt sich nicht nachweisen; bis jetzt hat sie sich immer als Anthrax oder malignes Oedem herausgestellt. Die directe Infection mit Krätze und anderen Parasiten durch die Lumpen ist höchst unwahrscheinlich. Ueber die Gefahr, welche für die Respirationsorgane aus dem Lumpenstaube entsteht, findet man häufig übertriebene Angaben. Dieselbe kann ausserdem durch rationelle Maassnahmen noch bedeutend verringert werden. Bei den übrigen

Operationen, welche nichts mit den Lumpen zu thun haben, sind die Gefahren für den Arbeiter minim. Höchstens wäre noch zu bemerken, dass in den Abtheilungen, wo das Kochen geschieht, rheumatische Affectionen vorkommen. Wenn letztere in der That auch an den Fabrikarbeitern öfter beobachtet werden, als in der Landbevölkerung, so ist ihre Häufigkeit doch geringer als unter den Stadtbewohnern.

J. W. Bertenson: «R. Virchow als Hygieniker». (Jan.).

M. Popow: «Anwendung der Picrinsäure zum Nachweise von Pflanzenalkaloiden in der Toxikologie». (Jan.).

P. hat in dem Laboratorium von Brauardel in Paris nach der von Dragendorff angegebenen Methode eine Reihe von Alkaloid-Picraten dargestellt und ihre Gewinnung und Krystallform genau beschrieben. Die betreffenden Alkaloide sind: Strychnin, Nicotin, Cocain, Brucin, Igasurin, Atropin, Cinchonin, Papaverin, Spartein, Codein, Pilocarpin, Morphin, Daturin, Hyoscyamin, Thebain.

J. Talko: «Zur Frage von der Optographie in gerichtsärztlicher Beziehung». (Jan.).

«..... die Optographie ist für die gerichtsärztliche Expertise nichts anderes als ein Traum, der sich nicht verwirklichen lässt».

W. Wyssokowitsch: «Ueber die antiseptischen Eigenschaften des Calomels». (Jan. — Febr.).

Höchst interessante Arbeit, deren zahlreiche Einzelversuche im Original nachzulesen sind. Hier folgen die Resultate:

1. Calomel tödtet als feinstes Pulver in Wasser suspendirt im Verhältniss 1:500 alle Anthrax-Sporen binnen 3 Minuten.
2. Es wurden getödtet: B. Choler. as. schon bei 1:1250, B. Typhi bei 1:660, Staphylococ. aur. fast vollständig bei 1:900.
3. Ein Zusatz von NaCl oder Serumeiweiss ist ohne Einfluss auf das Resultat des Versuches.
4. Ein Gehalt der Nährgelatine an Calomel im Verhältniss von 1:16000 oder 1:20000 macht dieselbe unbrauchbar für die Entwickelung aller untersuchter Bakterien. Ein Gehalt von 1:40000 hinderte das Wachsthum von B. anthrac. und Choler. as. — aber selbst bei 1:250000 war noch scharf und deutlich eine Abnahme der Colonienzahl und eine Verlangsamung ihres Wachsthums zu bemerken.
5. Calomel wirkt augenscheinlich dann tödtend auf die Bacterien, wenn ihm die Möglichkeit geboten ist, sich in Pulverform auf dieselben niederzusetzen.
6. Wenn auch nicht stärker, so doch auch nicht schwächer als das Calomel wirkt das weisse Praecipitat.
7. Die übrigen unlöslichen Hg-Verbindungen wirken sehr schwach, nur bei grossem pCt.-Zusatz u. zw. indem sie nur die Eigenschaften des Nährbodens verändern.
8. Hunden per os in abführenden Dosen eingeführt, nachdem sogar Blut in den Excrementen auftrat, bewirkte das Calomel keine sichtliche Abnahme in der Zahl der lebenden Bakterien; es ist daher nicht im Stande den Darmtractus zu desinficieren.
9. Unter die Haut eingeführt, zeigt es gar keinen heilsamen Einfluss auf den Verlauf der Tuberculose bei Meerschweinchen.
10. Verschiedene in Wasser unlösliche pulverförmige Körper, in rel. grosser Menge dem Nährsubstrat zugefügt, erweisen gar keine Wirkung, auf den Bakterienwuchs, wenn sie nicht lösungsfähige schädliche Stoffe enthalten. So wird der Bakterienwuchs nicht verlangsamt, wenn man zum Nährboden hinzufügt: Talk 1 und 2:100 oder Kohlenstaub 1:100. Andere Körper z. B. Lycopodium 2:100, Berliner-Blau 1,5—4,5:100, Zinnober 1,3:100, Russ und Aethiops mercurialis 1:100 verlangsamen das Wachsthum und nur Zinnober 2,6—4:100 und Russ 2:100 verhindern endgiltig die Entwickelung von Anthrax, Staphyloc. aur. und sporenhaltiger saprophyter Bakterien.

M. W. Ignatjew: «Bericht über die Versorgung der Geisteskranken in Russland pro 1889». (Jan.—Febr.).

Th. Grigorow: «Geburt unter ungewöhnlich seltenen Umständen». (Jan).

Primipara fühlt die Geburt nahen im Eisenbahnwagen, eilt zum Abtritt, findet diesen verschlossen, stürzt darauf auf die Plattform des Wagens und gebiert im Stehen. Die Nabelschnur reisst und das Kind fällt neben den Zug, welcher bald darauf in die Station einfährt. Das Kind wird neben dem Bahnkörper lebend, kräftig athmend, nur mit unbedeutenden rothen Flecken am Rücken aufgefunden (kalter Herbstregen, t° 3° R). Mordabsicht lag nicht vor.

Idem. «Eine Reihe verschiedener Erkrankungen post partum in Folge unmittelbarer Uebertragung». (Jan.).

5 Fälle bei denen ein und dieselbe Hebamme gleichzeitig thätig war.

Idem: «Ein Fall von angeborener Missbildung, nach Verletzung der Mutter während der Schwangerschaft». (Jan.).

Im 6. Monat der Gravidität zieht sich die Mutter eine Schnittverletzung der 3 mittleren Finger der rechten Hand zu. Bei dem Kinde sind dieselben Finger schwächer entwickelt und beugen sich bei Greifbewegungen dorsalwärts.

S. P. Nekrassow: «2 Fälle von Infection mit Anthrax». (Jan.).

N. Krylow: «Herniotomie am 4. Tage nach der Einklemmung». (Jan.). Glücklicher Verlauf.

K. P. Kowalkowski: «Die Grundelemente sanitäts-statistischer Untersuchungen». (Febr.).

Die Arbeit stellt im Grunde genommen ein Programm für die Thätigkeit des statistischen Comité's im Weichselgebiet vor; enthält dabei aber viele Bemerkungen von allgemeinem Interesse.

Der Sanitäts-Statistiker braucht zur richtigen Beurtheilung der gegebenen Verhältnisse dreierlei Material I. das Ziffermaterial der statist. Erhebungen, II. klimatische und meteorologische Untersuchungen, III. Angaben (z. B. über die Menge der von der Bevölkerung consumirten Nahrungsmittel), welche sich zwar ziffermässig eruiren liessen, aber auf diese Weise gewonnen weniger Werth haben würden, als wenn man sie durch allgemeine und Massen-Beobachtungen gewönne.

Wir möchten nur mit einigen Worten auf die Anforderungen eingehen, welche Prof. Kowalkowski an das Material der I. Kategorie stellt. Vor Allem soll dasselbe durchaus nach dem Kartensystem gesammelt werden, weil es nur in dieser Form einer passenden Bearbeitung dienen kann. Es soll umfassen: die Zusammensetzung der Bevölkerung, die Natilität, Morbidität, Mortalität, die Wohnungsverhältnisse. K. hält die Sterblichkeits-Tabellen nur dann für verwendbar zu richtigen sanitären Schlussfolgerungen, wenn sie folgende 9 Rubriken enthalten: 1. Zeit des Todes, 2. Nationalität, 3. Geschlecht, 4. Alter, 5. Confession, 6. Gewerbe, 7. Stand, 8. Begüterung, 9. Todesursache.

Auf die Rathschläge einzugehen, welche K. für die Verarbeitung des gesammten Materials und für die Mittel zur richtigen Gewinnung desselben ertheilt, gestattet uns der Raum nicht näher einzugehen.

A. J. Gramatschikow: «Die Wirkung der Koch'schen Lymphe auf Blut und Nieren gesunder Thiere». (Febr.). Mit 1 Tafel.

Fortsetzung der im vorigen Bande desselben Journals mitgetheilten Arbeit, ausgeführt unter Prof. Grützner.

Wirkung des Kochin's auf frisches Blut extra corpus:

1. Die Tuberkeltoxine in Form von Tuberculin wirken energisch auf die rothen Blutkörperchen, indem sie sie zum Schrumpfen bringen.
2. Durch Kochin wird Oxyhämoglobin in Hämoglobin verwandelt.
3. Verschiedene Blutarten verhalten sich verschieden zu den Tuberkelderivaten: Menschenblut ist am empfindlichsten; dann folgt das Blut von Kaninchen und Rind; am unempfindlichsten erweist sich Vogel- und Froschblut.
4. Die Tuberkelderivate sind labilen Charakters.

Wirkung des Kochins auf das Blut nach subcutanen und intravenösen Injectionen:

Verf. rief bei Fröschen und Mäusen durch subcutane, bei Kaninchen und Katzen durch intravenöse Injectionen von Kochin theils acute theils chronische Vergiftung hervor. In allen Fällen erwies sich das Kochin (resp. die Tuberkeltoxine) als starkes Gift für die rothen Blutkörperchen.

Wirkung des Kochins auf die Nieren:

Katzen und Kaninchen erhielten 10 pCt. Kochinlösung in die V. jugul, injicirt; dabei erwies sich:

1. Dass das Tuberculin ein starkes Diureticum ist (die Harnmenge stieg auf das Doppelte).
2. Dass stets Eiweiss und rothe Blutkörperchen (bis zur Hämaturie mit dem Harne ausgeschieden wurden.

Grödinger: «Einige Fälle aus dem Gebiet der gerichtärztlichen Psychopathologie». (Febr.).

1. Fall. Mania epileptica bei einem 16jährigen Mädchen, welches während der Anfälle Brandstiftungen beging. Die Krankheit wird auf eine vor 4 Jahren erlittene Kopfverletzung zurückgeführt.
2. Fall. Brandstifter 28 a. n. mit verheilter Schädelverletzung, hereditär belastet. Fehlendes Schuldbewusstsein. Verf. hält in diesem Falle die moralische Störung für den Vorläufer der geistigen, desgleichen in dem folgenden
3. Fall. Hereditär belasteter 30jähriger Dieb (Recidivist). Nachträglich entwickelt sich allmälig Schwachsinn.

4. Fall. Moralische Störung in Folge von Morphinismus. 28 jähriger hereditärfreier Officier, wegen Wechselfälschung verklagt und wider das Gutachten der Aerzte für zurechnungsfähig erklärt und verurtheilt.

P. A. Troïzki: «Der sanitäre Zustand der Stadt Warschau nach den Erhebungen im März 1891». (März).

Zum Referat nicht geeignet.

R. N. Rum: «Versuch einer hygienischen Untersuchung der verkäuflichen Brantweinarten». (März — Juni).

I. Ursprung der Brantweine und ihre Bestandtheile.

II. Einfluss der verschiedenen in den Brantweinen enthaltenen Beimischungen auf den Organismus.

III. Resultate der Untersuchungen der verkäuflichen Brantweinarten. Einiges aus dem Resumé des Verf.'s:

1. Oldehyd findet sich in allen verkäuflichen Brantweinarten, selbst in den theuersten, welche sonst völlig frei von allen anderen Beimischungen sind.
2. Pyridin ist in der bedeutenden Majorität der Brantweine enthalten, welchen Ursprungs sie auch sein mögen.
3. Furfurol fand sich nur in Brantweinen einer gewissen Provenienz (aus dem Gouv. Tschernigow).
4. Verf. hat in seinen Proben mehr Fuselöl gefunden, als andere Untersucher.
6. Unter der Marke gereinigten Brantweines kommen in den Handel auch völlig ungereinigte Sorten.
7. Einige Arten sind sogar sicher nur die Rückstände nach Abdestilirung des Alkohols.

Es folgen Vorschläge zur Behebung der Uebelstände durch Regierungsmassnahmen.

IV. Darstellung der Untersuchungsmethoden.

A. S. Wirenius: «Sanitätsärztl. Controlle der städtischen Elementarschulen Moskau's». (März).

Würdigung des bisher in dieser Beziehung Geschehenen und Verbesserungsvorschläge.

P. A. Nedswezki: «Aus der forensischen Praxis eines Landschaftsarztes (I. Casuistik der Schädel- und Hirnverletzungen)». (März — April).

1. Fall. Penetrirende Schussverletzung des Schädels,—Hirnabscess, — Fehlen aller Krankheitserscheinungen, — plötzlicher Tod nach 2 Monaten.
2. Fall. Getrümmerte penetrirende Wände des Schädels und Gesichts, — Hirnzertrümmerung, — volles Bewusstsein und Freiheit der Bewegungen, — Tod nach 2 Tagen.
3. Fall. Colossaler traumatischer Bluterguss zwischen die Hirnhäute, — Der Moment der Entstehung nicht zu constatiren, — Hirndruck, — Freiheit der Bewegungen etc., — Entzündung der Hirnhäute und des Gehirns, — Tod am 10. Tage.
4. Fall. Hiebwunde über Kopf und Hals, — Hirnverletzung,— Fehlen krankhafter Erscheinungen. — volle Genesung.
5. Fall. Aeussere Weichtheilwunden am Schädel (unbekanntes Instrument), — Schädelverletzung, — Bluterguss zwischen die Meningen, — Rippenbrüche, — sehr wahrscheinlich schneller Tod.
6. Fall. Knochenzertrümmerung des Schädels, — Sinus-Zerreissungen, — colossaler Bluterguss in die Schädelhöhle, — Abplattung und Zerstörung des Hirns, — Freiheit der Bewegungen, — Automatismus, = Tod nach 24 Stunden.
7. Fall. Hiebwunde des Halses. Momentaner Tod.
8. Fall. Hiebwunde über Kopf und Hals. Momentaner Tod.
9. Fall. Hiebwunde des Halses, Verletzung des III. Halswirbels und des plexus brachialis, — Tod nach 3 Wochen.
10. Fall. Hiebwunde über Gesicht und Hals. — Bruch des Unterkiefers, — Genesung.
11. Fall. Multiple Suffusionen und Schrunden, — colossaler Bluterguss zwischen und unter die Meningen, — Erguss am Boden des IV. Ventrikels. — Rippenbruch. — Lungenruptur, — Pneumothorax, — Sklerosis arteriarum, — volle Freiheit der Bewegungen und der Sprache, — Unsichere Angaben, — Tod nach 24 Stunden.
12. Fall. Schädelfissur, — Ruptura art. meningeae mediae, — Colossaler Bluterguss zwischen Hirnschale und Dura mater, — Erguss unter die Piamates. — Freiheit der Bewegungen, — einige Sicherheit der Angaben, — gewisse Art von Automatismus, — Tod nach 24 Stunden.

J. S. Kolbassenko: «Veränderung der Tuberkelbacillen bei Eiterungen im tuberculösen Gewebe». (März — April).

Die Untersuchungen sind an Affen und Meerschweinchen ausgeführt. Bezüglich der Details muss auf das Original verwiesen werden.

Resumé: 1. Eiterung im tuberculösen Gewebe führt zu vollem Zerfall der Tuberkelbacillen.
2. Der Bacterienzerfall bei Eiterung bedingt nicht den Verlust der specif. Virulenz der Bacillen: man kann mit dem Eiter Tuberculose übertragen.
3. Sehr wahrscheinlich wird aber die Virulenz der Bacillen durch die Eiterung abgeschwächt: An den Stellen der Impfung mit tubercul. Eiter bilden sich kalte Abscesse; auch die Allgemeinerscheinungen der Impftuberculose erscheinen schwächer, als nach Impfung mit unveränderten Bacillen.
4. Der Bacillenzerfall beruht auf der Thätigkeit der Zellelemente des Eiters — ein- und mehrkerniger Mikrophagen; die Bacillen werden besonders energisch von den einkernigen lymphoïden Lymphozyten verschlungen.
5. Die einkernigen Makrophagen und Riesenzellen, welche sich an den Wänden der kalten Abscesse (Meerschweinchen) bilden, betheiligen sich ebenfalls energisch an der Phagozytose — Verschlingung und Verdauung nicht nur der Bacillen, sondern auch der Eiterzellen, der ein- und mehrkernigen Mikrophagen.
6. Man kann an den durch den Eiter veränderten Bacillen unter gewissen Umständen Sporenbildung beobachten, die Sporen stellen eigenartige Körner dar, welche über die Grenzen der Bacillen hervorragen.
7. Die durch den Eiter veränderten Bacillen besitzen eine gequollene, mattglänzende, nicht färbbare Hülle; welche man also direct unter dem Mikroskop beobachten kann.

A. W. Pogoshew: «Zur Geschichte der sanitären Aufsicht über die Fabriken in Russland». (März).

Die sanitären Besichtigungen der Fabriken in St. Petersburg im Jahre 1869.

S. Rosanow: «Die sanitären Verhältnisse auf dem Jahrmarkte zu Nishni-Nowgorod». (April).

Aus einem Rechenschaftsberichte über die Ergebnisse einer Abkommandierung im Jahre 1891.

W. P. Starkow: «Ueber die Quarantaine in der Türkei und Aegypten, in Verbindung mit der Frage von der bevorstehenden Umgestaltung unserer Schwarzmeer-Quarantainen». (April — Juni).

Die in der Ueberschrift angegebenen Fragen werden in umfassender Weise behandelt. Bezüglich der Einzelheiten muss auf das Original verwiesen werden.

N. P. Fedtschenko: «Ueber die physiologische Wirkung der Schwefelbäder von Pjatigorsk». (April — Juni).

Verf. hat die Wirkung von 4 Quellen untersucht, welche alle Seesalze in annähernd gleicher Menge enthalten, von denen aber nur eine frei von SH_2 ist. Als Versuchsobjekte dienten meist vollständig gesunde Soldaten.

	Unmittelbare Wirkung	Nachwirkung
1. Körpergewicht	sinkt nach allen Bädern, besonders nach den SH_2 haltigen.	steigt progressiv nach den SH_2-freien und den Towi'schen (SH_2-haltig aber hochtemperirt 41° R); bei den anderen SH_2-haltigen sinkt es während der Badeperiode, um hernach um so höher zu steigen.
2. Kraft d. Hände	gegen Ende des Bades und unmittelbar nachher stets bedeutend erniedrigt.	nach den Bädern der I. Kategorie progressiv im Steigen; nach den anderen, während der Badeperiode geschwächt, wächst späterhin wieder an.
3. Vitale Capacität d. Lungen	unbedentend u. auf kurze Zeit herabgesetzt.	entweder gar nicht vorhanden oder unbedentende Erhöhung.
4. Kraft d. Exspiration u. Inspiration	verringert.	nach den Bädern der I. Kategorie progressive Steigerung; nach den anderen wechselnder Effect.
5. Thorax excursionen	nach allen Bädern herabgesetzt, besonders aber nach den SH_2-haltigen.	nicht zu constatiren gewesen
6. Körpertemperatur	steigt in axilla, sinkt in recto.	nicht vorhanden.
7. Puls u. Athemfreqz.	bedeut. Verlangsamung; die Athmung aber in SH_2-haltigen Bädern tiefer und energischer.	nicht vorhanden.
8. Der arterielle Blutdruck	steigt in dem Bade in den ersten Minuten, darauf sinkt er, nach dem Bade stets niedriger als vor demselben. In den SH_2-Bädern sind beide Effecte noch bedeutender.	im Allgemeinen tritt Erniedrigung ein, sowohl an den Badetagen, als auch noch einige Zeit nach denselben.

An. Minkewitsch: «Ein Fall von Platzen des Schädels durch Kälteeinwirkung». (April).

Ein etwa 60jähriger Bauer erhängt sich im Freien bei einer Kälte von 30° und mehr. Nach der vorsichtigen Abnahme der Leiche finden sich postmortale Sprünge am Schädel, dessen Nähte verwachsen und dessen Knochen verdünnt sind. Die Sprünge halten sich nicht an die Nähte, sondern verlaufen unregelmässig. Nach Verf. war die im Moment des Todes im Schädel vorhandene Flüssigkeitsmenge durch den Strang am Entweichen verhindert und sprengte den Schädel beim Gefrieren gleich einem Glasgefäss.

M. W. Saweljew: «Hemeralopie als Folge von Fetthunger». (Mai).

Eine sanitäts-statistische Untersuchung.

S. sucht durch statistische Erhebungen über die Ernährungsverhältnisse der Bevölkerung seine Ansicht zu stützen, dass die epidemisch auftretende Haemeralopie auf Mangel an Fettzufuhr während der Fastenzeit oder der Hungersnoth zurückzuführen ist. Verf. hat bei derartigen Epidemieen mit überraschendem Erfolg Fettzufuhr (besonders in Form von Leberthran) zur Heilung angewendet.

A. W. Elissejew, J. W. Eremejew und M. J. Ignatjew «Rechenschaftsbericht über die Abkommandiernng nach Tscheljabinsk zur Bekämpfung der Flecktyphus-Epidemie». (Juni).

Wladimiroff.

Shurnal russkago obschtschestwa ochranenija narodnago sdrawija. № VIII—XII. 1891.

Koljzow: «Zur Frage von der tuberculösen Infection durch Beschneidung». (Nr. VIII—IX).

K. theilt 7 Fälle von tuberculöser Infection in Folge von Beschneidung durch einen mit Lungentuberculose behafteten Beschneider mit.

Th. S. Pasternazki: «Zur Frage von der tuberculösen Infection durch Beschneidung». (Nr. VIII—IX).

Erwiderung auf die obige Arbeit von Kolzow. Verf. hält die Beschuldigung des Beschneiders allein für ungerechtfertigt, da bei dem Akte der Beschneidung von Anti- und Asepsis keine Rede ist, und weist auf die vielen Infectionsmöglichkeiten hin, welche sowohl während des Aktes, als auch bei der Nachbehandlung vorhanden sind.

«Bericht der Commission in Sachen der Regulirung des jüdischen Beschneidungsritus». (Nr. VIII—IX).

Die Commission hat ein Regulativ ausgearbeitet, welches in Kürze Folgendes besagt:

1. Die Eltern haben nach dem Talmud das Recht, ein Kind unbeschnitten zu lassen, wenn es nach Urtheil des Arztes durch die Beschneidung gefährdet wird (hereditäre Haemophilie, Prädisposition zu Tuberculose und dergl.).
2. Einführung von speciellen Instrumenten, die keinem anderen Zwecke dienen dürfen und gehörig desinficirt werden müssen.
3. Das Aussaugen der Wunde soll statt mit dem Munde, mit einem Saugapparat erfolgen. Uebrigens ist das Aussaugen nach dem Ritus nicht obligatorisch.
4. Die Beschneider haben vor ihrer Anstellung bei einem Arzte die schulgerechte Operation zu erlernen und sich prüfen zu lassen.
5. Es ist wünschenswerth, dass die jüdischen Aerzte selbst die Ausführung der Beschneidungen übernehmen.
6. Die richtige Anschauung von der Sache ist unter der jüdischen Bevölkerung durch Wort und Schrift zu verbreiten.
7. Es wäre erwünscht, die üblen Folgen einer Beschneidung in jedem Falle in der speciellen jüdischen Presse mitzutheilen.

Schliesslich hat die Commission statistische Karten ausgearbeitet, welche in jedem nicht normal verlaufenden Falle von Beschneidung auszufüllen sind.

D. Chwolson: «Ueber den Ritus des Aussaugens bei der Beschneidung der Juden». (Nr. VIII—IX).

Das Aussaugen ist nach dem Talmud nicht erforderlich.

S. S. Janowitsch-Tschaïnski: «Der Beschneide—Ritus bei den Mahomedanern und seine Antisepsis». (Nr. VIII—IX).

Das Kind wird vor der Operation gebadet und in reine Wäsche gehüllt. Der Operateur bereitet sich zur Arbeit durch ein Gebet, welches seinerseits Waschen des ganzen Körpers und Anthun reiner Wäsche voraussetzt. Als Instrument dient ein Rasiermesser, welches zu keinem anderen Zwecke benutzt werden darf. Die Nachbehandlung ist reinlich und sorgfältig (Bäder). Ueble Folgen bei den Mohamedanern nicht bekannt.

K. N. Puriz: «Zur Frage von der Regulirung des jüdischen Beschneidungs-Ritus». (Nr. VIII—IX).

Revue der in Westeuropa angewandten Regelungsmassnahmen.

K. Schidlowski: «Zur Frage von der zeitlichen Veränderung der Zusammensetzung der Bevölkerung nach dem Geschlecht». (Nr. X).

Die Beobachtung, welche Prof. Jansen im Grossen gemacht hat, nämlich, dass das Uebergewicht der weiblichen Bevölkerung in Abnahme begriffen ist, kann Verf. auch auf Grund statistischer Erhebungen in kleinen Grenzen (Landschaftkreise, Kirchspiele) bestätigen.

A. S. Wirenius: «Zur Frage von der Uebermüdung der Lernenden». (Nr. XI).

Die Angaben und Schlussfolgerungen beziehen sich hauptsächlich auf die Schulverhältnisse des Auslandes, in's Besondere Deutschlands. Verfasser will zunächst nur die von den Pädagogen bisweilen bestrittene Thatsache, dass die Schuljugend übermüdet wird, allgemein anerkannt wissen, um den Boden für eine rationelle Reform vorzubereiten.

K. E. Mercklin: «Einige Mittheilungen über das Mutterkorn und über die Mittel zu seiner Bekämpfung». (Nr. XI).

Prof. emer. Mercklin ist zweimal Mitglied von Commissionen zur Bekämpfung des in einigen Gegenden epidemisch auftretenden Ergotismus gewesen. Leider gestattet der Raum es nicht, näher auf die wichtigen und interessanten Details der Mittheilung einzugehen. Daher beschränken wir uns auf die Wiedergabe derjenigen Mittel, von denen M. eine Besserung der Verhältnisse erwartet: Unter den Bauern, den Hauptsammlern und Producenten des Mutterkorns, müssen die richtigen Darstellungen über den Schaden und Nutzen dieses Pilzes verbreitet werden; es muss ein geregelter Erwerb aus dem Sammeln des Mutterkorns gemacht werden, nicht nur unter den Bauern sondern auch auf den Gütern und zwar mit Sicherstellung des Absatzes; es ist obligatorische und gewissenhafte Reinigung des Kornes von Secal. corn. in den Landwirthschaften erforderlich; schliesslich legt M. noch grosses Gewicht auf die Vervollkommnung der Bearbeitung der Ackererde.

W. M. Karlowitsch: «Plan eines Normal-Landschafts-Hospitals». (Nr. XI).

Es seien hier die Interessenten nur auf das Original hingewiesen. Dem Artikel sind gezeichnete Pläne beigefügt.

G. J. Jawein: «Zur Frage von dem Einfluss des doppelkohlensauren und citronensauren Natrons auf den Stickstoffumsatz bei gesunden Menschen». (Nr. XII).

Resumé:

1. Die N.-assimilation verschlechtert sich ein wenig unter dem Einfluss grosser Dosen von doppelkohlens. Natron, unter dem grosser Dosen von citronens. Natron bleibt sie unverändert.
2. Grosse Dosen beider Salze verstärken in geringem Grade den N.-umsatz.
3. Die relat. Menge des «neutralen Schwefels» im Harn, kann als Indicator für den Eiweissumsatz dienen.
4. Unter dem Einfluss grosser Dosen beider Salze steigt die Menge des «neutr. S.» im Verhältniss zum «sauren S.» des Harnes; diese relat. Zunahme rührt augenscheinlich her von einer Abweichung von dem gewöhnlichen Oxydationsprocess des Gewebseiweisses: letzteres zerfällt nämlich in gesteigertem Maasse und die Oxydationsprocesse nehmen ab.
5. Grosse Dosen beider Salze bedingen unbedeutende Vermehrung der Gährungsprocesse im Darm.
6. Unter dem Einfluss grosser Dosen beider Salze entstehen reichliche, flüssige Ausleerungen, jedoch nach dem citronensauren in geringerem Grade. Diese Wirkung der Alkalien hält noch einige Zeit nach Aufhören der Einnahme derselben an.
7. Während der Einnahmeperiode beider Salze hebt sich das Körpergewicht; in der darauf folgenden Periode sinkt es wieder.
8. Die anfängliche Körpergewichtzunahme beruht auf Wasserretention im Organismus, die nachfolgende Gewichtsabnahme auf Ausscheidung des retinirten Wassers.

J. D. Karejew: «Ueber die Bereitung von Brod aus Roggenmehl mit Beimischung von Kartoffel, Erbsen, Hafer und Mais». (Nr. XII).

Referat über die in dieser Frage auf Anordnung des Kriegsministers ausgeführten Versuche. Bezüglich der Resultate muss auf das Original verwiesen werden.

A. A. Kalantar: «Ueber die Mittel gesunde Milch für die Städte zu erhalten». (Nr. XII).

Die Hauptsache ist, dass die Milch von Hause aus gesund ist, dann kommt es nur auf die Sauberkeit beim Transport an und jede Sterilisation wird überflüssig.

Wladimiroff.

An die Redaction eingesandte Bücher und Brochüren.

Zuckerkandl. Normale u. path. Anatomie der Nasenhöhle. II. Band. Wien u. Leipzig. Braumüller, 1892.

F. A. Hoffmann. Vorlesungen über allgem. Therapie. III. Aufl. Leipzig, Vogel, 1892.

Transactions of the American pediatric Society edited by Perry Watson. Volume III. 1892.

A. Bum und M. T. Schnirer. Diagnostisches Lexicon für pract. Aerzte. I. Band, erste Hälfte, Wien u. Leipzig, Urban u. Schwarzenberg, 1892.

R. Emmerich und J. Tsuboi. Die Natur der Schutz- und Heilsubstanz des Blutes, Wiesbaden, Bergmann, 1892.

G. Letzel. Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten, Wien u. Leipzig, Urban u. Schwarzenberg, 1892.

E. Peiper. Die Schutzpockenimpfung. II. Aufl. Ibidem.

E. Pfeiffer. Verhandl. der 9. Vers. der Gesellsch. f. Kinderheilk. Wiesbaden, Bergmann, 1892.

Kobert. Arbeiten des pharmakolog. Inst. zu Dorpat. VIII. Stuttgart, Enke.

M. Sänger. Carl Siegmund Franz Credé. Leipzig, Thieme.

J. Hirschberg. Einführung in die Augenheilkunde, I. Hälfte. Ibidem.

M. Joseph. Lehrbuch der Hautkrankh. Ibidem.

Behring. Die praktischen Ziele der Blutserumtherapie und die Immunisirungsmethoden. Ibidem.

Helferich. Die antiseptische Wundbehandlung. Stuttgart, Enke. 1892.

Kocher. Chirurg. Operationslehre. Jena, Fischer, 1892.

A. Schäfer. Ueber d. ther. Verwendung des Trionals u. Tetronals. Sep. Abdr.

Синицынъ. Объ особенной важности ухода за полостью рта и зубами въ холерное время. Петерб. 1892.

Сводъ приказовъ о мѣрахъ по охраненію войскъ отъ холеры, С.-Петербургъ. 1892.

Riedel. Ueber Schussverletzungen in Krieg u. Frieden. Sep. Abdr.

Riedel. Die Fixation der Wanderniere. Sep. Abdr.

Strümpell. Lehrb. der spec. Path. u. Ther. VII. Aufl. Leipzig, Vogel.

Лянцъ. Радикальное удаленіе волосъ. Москва, 1892.

Вагнеръ. О показаніяхъ къ оперативному вмѣшательству при леченіи огнестрѣльныхъ ранъ. Перев. Максимова.

Latteux. Recherches bactériologiques sur les propr. antisept. de l'ichthyol. 1892.

Lorenzo. Das Ichthyol bei der Behandlung einiger Hautkrankh. Sep. Abdr.

N. Senn. The mission of the association of the military surgeons of the national guarde of the unit. States, Chicago, 1892.

Булатовъ. Какъ убеpечься отъ холеры? Петерб. 1892.

Kramer. Grundriss der Geburtshülfe. Stuttgart, Enke, 1892.

Verhandl. der Gesellsch. deutscher Naturf. u. Aerzte. 64. Versamml. in Halle a. S.—Leipzig, Vogel.

Jürgensen. Mittheilungen aus der Tübinger Poliklinik. II. Heft. Leipzig, Thieme.

Leloir und Vidal. Symptomat. u. Histol. der Hautkrankh. II. Lief. Deutsch von Schiff. Hamburg u. Leipzig, Voss. 1892.

Magnus. Augenärztl. Unterrichtstafeln. Breslau, Kern, 1892.

Naunyn. Klinik der Cholelithiasis. Leipzig, Vogel, 1892.

Gottlieb. Studien über die Wirkung des Pikrotoxins. Habilitationsschrift. Leipzig, Hirschfeld. 1892.

H. Page. Eisenbahnverletzungen in forensischer u. klin. Beziehung. Deutsch von Placzek. Berlin. Karger, 1892.

Rychna. Zur Construction der Salubritätsziffer. Prag, 1892.

Wirsing. Acute gelbe Leber-Atrophie mit günstigem Ausgang. Sep. Abdr.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Ольга Кондратьева, Пески, 3-я улица, д. 18/6, кв. 8.

Fr. Amalie Schulze, Офицерская 55/17, кв. 93.

Frau Duhtzmann, Демидовъ пер. д. 9, кв. 9.

Frau A. M. Wiander, В. О. 7 л. д. 6, кв. 6.

Marie Mohl, В. О. 1 л. д. 44, кв. 3.

M. Winkler, Моховая ул. д. 29, кв 5, bei Frau Ewald.

А. А. Щукина, Поварской пер., д. 17, кв. 6.

Вѣра Андрѣевна Скорлигина, Невск. пр. 98, кв. 18.

Melanie Tromberg, Вас. Остр., 4 лин., № 19, кв. 6.

Frau Hasenfuss, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.

Pauline Gebhardt, Вас. Остр. Б. просп., № 5, кв. 18.

Sophie Jordan, Вас. Остр., 10 лин. д. 11, кв. 9.

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.

E. van der Vliet, Екатер. кан. 166, кв. 25.

Frau Marie Kubern, Мойка 84, кв. 19, напротивъ реформатской церкви.

Ida Belajew. Казанская № 52, кв. 24.

Дозв. ценз. Спб. 28 Ноября 1892 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

J. D. Karejew: «Ueber die Bereitung von Brod aus Roggenmehl mit Beimischung von Kartoffel, Erbsen, Hafer und Mais». (Nr. XII).

Referat über die in dieser Frage auf Anordnung des Kriegsministers ausgeführten Versuche. Bezüglich der Resultate muss auf das Original verwiesen werden.

A. A. Kalantar: «Ueber die Mittel gesunde Milch für die Städte zu erhalten». (Nr. XII).

Die Hauptsache ist, dass die Milch von Hause aus gesund ist, dann kommt es nur auf die Sauberkeit beim Transport an und jede Sterilisation wird überflüssig.

Wladimiroff.

An die Redaction eingesandte Bücher und Brochüren.

Zuckerkandl. Normale u. path. Anatomie der Nasenhöhle. II. Band. Wien u. Leipzig. Braumüller, 1892.

F. A. Hoffmann. Vorlesungen über allgem. Therapie. III. Aufl. Leipzig, Vogel, 1892.

Transactions of the American pediatric Society edited by Perry Watson. Volume III. 1892.

A. Bum und M. T. Schnirer. Diagnostisches Lexicon für pract. Aerzte. I. Band, erste Hälfte, Wien u. Leipzig, Urban u. Schwarzenberg, 1892.

R. Emmerich und J. Tsuboi. Die Natur der Schutz- und Heilsubstanz des Blutes, Wiesbaden, Bergmann, 1892.

G. Letzel. Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten, Wien u. Leipzig, Urban u. Schwarzenberg, 1892.

E. Peiper. Die Schutzpockenimpfung. II. Aufl. Ibidem.

E. Pfeiffer. Verhandl. der 9. Vers. der Gesellsch. f. Kinderheilk. Wiesbaden, Bergmann, 1892.

Kobert. Arbeiten des pharmakolog. Inst. zu Dorpat. VIII. Stuttgart, Enke.

M. Sänger. Carl Siegmund Franz Credé. Leipzig, Thieme.

J. Hirschberg. Einführung in die Augenheilkunde, I. Hälfte. Ibidem.

M. Joseph. Lehrbuch der Hautkrankh. Ibidem.

Behring. Die praktischen Ziele der Blutserumtherapie und die Immunisirungsmethoden. Ibidem.

Helferich. Die antiseptische Wundbehandlung. Stuttgart, Enke. 1892.

Kocher. Chirurg. Operationslehre. Jena, Fischer, 1892.

A. Schäfer. Ueber d. ther. Verwendung des Trionals u. Tetronals. Sep. Abdr.

Синицынъ. Объ особенной важности ухода за полостью рта и зубами въ холерное время. Петерб. 1892.

Сводъ приказовъ о мѣрахъ по охраненію войскъ отъ холеры, С.-Петербургъ. 1892.

Riedel. Ueber Schussverletzungen in Krieg u. Frieden. Sep. Abdr.

Riedel. Die Fixation der Wanderniere. Sep. Abdr.

Strümpell. Lehrb. der spec. Path. u. Ther. VII. Aufl. Leipzig, Vogel.

Лянцъ. Радикальное удаленіе волосъ. Москва, 1892.

Вагнеръ. О показаніяхъ къ оперативному вмѣшательству при леченіи огнестрѣльныхъ ранъ. Перев. Максимова.

Latteux. Recherches bactériologiques sur les propr. antisept. de l'ichthyol. 1892.

Lorenzo. Das Ichthyol bei der Behandlung einiger Hautkrankh. Sep. Abdr.

N. Senn. The mission of the association of the military surgeons of the national guarde of the unit. States, Chicago, 1892.

Булатовъ. Какъ уберечься отъ холеры? Петерб. 1892.

Kramer. Grundriss der Geburtshülfe. Stuttgart, Enke, 1892.

Verhandl. der Gesellsch. deutscher Naturf. u. Aerzte. 64. Versamml. in Halle a. S.—Leipzig, Vogel.

Jürgensen. Mittheilungen aus der Tübinger Poliklinik. II. Heft. Leipzig, Thieme.

Leloir und Vidal. Symptomat. u. Histol. der Hautkrankh. II. Lief. Deutsch von Schiff. Hamburg u. Leipzig, Voss. 1892.

Magnus. Augenärztl. Unterrichtstafeln. Breslau, Kern, 1892.

Naunyn. Klinik der Cholelithiasis. Leipzig, Vogel, 1892.

Gottlieb. Studien über die Wirkung des Pikrotoxins. Habilitationsschrift. Leipzig, Hirschfeld. 1892.

H. Page. Eisenbahnverletzungen in forensischer u. klin. Beziehung. Deutsch von Placzek. Berlin, Karger, 1892.

Rychna. Zur Construction der Salubritätsziffer. Prag, 1892.

Wirsing. Acute gelbe Leber-Atrophie mit günstigem Ausgang. Sep. Abdr.

Довв. ценз. Спб. 28 Ноября 1892 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.